|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 受付番号 |  | ※府保健所・実施機関で記入 |

**令和２年度京都府サービス管理責任者等基礎研修　受講申込書**

**注） 必ず全ての項目を漏れなく記載してください。記載漏れがある場合受理ができません。**

**様式２**

上記研修を受講したいので、以下のとおり申し込みます。　　　　　　　　令和　　年　月　日

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| （ふりがな） |  | 生年月日 | 　　年　　　月　　　日（西暦で記載してください） |
| 申込者氏名 | 　 |
| 所属事業所名 |  | 事業所のサービス種別 | （例：生活介護、就労継続支援B型等） |
| 受　講　上配慮すべき事　　　項 | 　**無　　　・　　　有**　　＜例．手話通訳、拡大文字、車椅子、杖使用、障害や健康状態等＞〔配慮すべき内容：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　〕受講配慮に記載がない場合は、対応ができないことがあります。WEB講義とは、インターネットに接続されたパソコン又は携帯・スマートフォン等を用いて、動画を視聴することにより受講するものです。（※該当するものに必ず○で囲んで下さい） |
| 受講環境 | １　インターネットを通してのWEB受講が可能２　視聴環境に課題があり、受講が不可能（受講決定通知時に個別に案内します。） |
| **受講要件に関すること** |
| 実務要件 | 修了者名簿登載を希望する職種に係る実務要件について、下記のいずれかにチェックし、通算の実務年数を御記入ください。（修了者名簿登載に両方を希望する場合は、どちらも記載ください。無記入の場合は、名簿登載をしませんのでご注意ください） |
| サービス管理責任者の実務要件について（別紙２を参照）□　実務要件を満たしている□　実務要件を満たすまでの期間が2年以内《実務年数》　通算　　　年　　　月（令和２年８月１日現在）上記とおり相違ありません。 | 児童発達支援管理責任者の実務要件について（別紙３を参照）□　実務要件を満たしている。□　実務要件を満たすまでの期間が2年以内《実務年数》　通算　　　年　　　月（令和２年８月１日現在）上記とおり相違ありません。 |
| 修了証を発行する職種 | １サービス管理責任者　　　　２児童発達支援管理責任者　（※原則どちらか○で囲んで下さい） |
| 関係研修の修了状況 | 必要事項を記入してください。 |
| １．京都府相談支援従事者初任者研修講義部分（「3日コース」）〔平成・令和　　　年　　　月修了〕　　（修了証番号：　　　　　　　　　　　　） |
| ２．京都府以外が実施する上記２と同様の研修〔実施主体：　　　　　平成・令和　　年　　月修了〕　　（修了証番号：　　　　　　　　　　　） |
| ３．令和２年度京都府相談支援従事者初任者研修（３日コース）の受講予定　　　　　受講申し込み済み　　　・　　　受講申し込みしていない |