

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。

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

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	印		
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：) <u>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。</u>		
受講環境	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〇で囲んで下さい) 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			
	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)		
実務要件	サービス管理責任者の実務要件について (別紙2を参照) <input type="checkbox"/> 実務要件を満たしている <input type="checkbox"/> 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)	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) <input type="checkbox"/> 実務要件を満たしている。 <input type="checkbox"/> 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。		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 (※原則どちらか〇で囲んで下さい)		
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			

(様式1とともに、京都市内事業所は実施機関(京都府社会福祉協議会京都府福祉人材・研修センター)あて、京都市外事業所は所管の府保健所福祉課あて提出してください。)