

受付番号

※実施機関で記入

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3年度京都府サービス管理責任者等実践研修受講申込書

【事業所について】

記入日：令和 年 月 日

所属法人名		所属事業所名	
担当者氏名		事業所のサービス種別 (例：生活介護、就労継続支援B型等)	
事業所所在地 連絡先 (受講可否通知送付先)	〒 - 電話番号		
配置予定の事業所の状況 該当する場合必ずチェック☑ をしてください	<input type="checkbox"/> 申込者は経過措置(みなし規定※1)に該当しており、令和3年度に実践研修を受講しなければ人員基準を満たさなくなる事業所に勤務しているまたは勤務予定である		
研修受講に関する同意 (同意の場合は☐にチェック☑ をしてください)	受講する職員の体調管理に十分留意し、体調の優れない職員を受講させません。当日、研修会場で著しく体調の不良が見られる場合、事務局より受講をお断りする場合がありますことを了承します。 <input type="checkbox"/> 以上を確認し、同意しました。		

【申込者に関すること】

(ふりがな)		生年月日	年 月 日 (西暦で記入してください)
申込者氏名			
サービス管理責任者等研修修了状況 (ア・イいずれかに○をつけてください)	ア：令和元年度サービス管理責任者等基礎研修修了 イ：平成30年度以前のサービス管理責任者等研修(旧カリキュラム)修了 ※1	修了証書番号() ※修了証書の写しを添付してください	平成 年 月修了 修了証書番号() [分野:] ※修了証書の写しを添付してください
関係研修の修了状況	相談支援従事者初任者研修講義部分(「3日間コース」) ※8日間コースを修了された方もこちらに御記入ください	平成・令和 年 月修了 修了証書番号() ※修了証書の写しを添付してください	
修了者名簿登載を希望する職種	1. サービス管理責任者	2. 児童発達支援管理責任者	
修了証書を発行する職種※2	1. サービス管理責任者	2. 児童発達支援管理責任者	
勤務状況 (実務要件)	サービス管理責任者等基礎研修、相談支援従事者初任者研修講義部分を修了後、研修開始日までに2年以上の相談支援の業務又は直接支援の業務に従事した経験が必要となります。 ()年()月~()年()月 ()年()月~()年()月 *行が足りない場合は行を適宜追加して記載してください。 合計(年 ヶ月)の実務経験がある。(研修日までの見込み含む。)		
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:] 記入がない場合は、対応できないことがあります。		
希望コース ○をつけてください。	【どちらでもよい】	【1コース】令和4年1月18日(火) ~1月19日(水)	【2コース】令和4年1月20日(木) ~1月21日(金)
優先順位	(位/ 名中) ※同一事業所から複数名応募する場合のみ御記入ください		

※1 平成31年4月1日時点で旧カリキュラムを修了している者で、平成31年4月1日以降に相談支援初任者研修の3日間コースを受講した者は、実践研修を受講しなければサービス管理責任者等として従事することはできません。ただし、経過措置で相談支援初任者研修の3日間コースを修了した日から3年間は、みなし規定でサービス管理責任者等として勤務が可能となっています。

※2 サービス管理責任者と児童発達支援管理責任者双方の実務経験を満たす方は、一方の修了証書で双方従事することが可能なため、原則どちらかを1つを○で囲んでください。

- 【提出書類確認欄】
- ①参加申込書(本用紙)
 - ②サービス管理責任者等基礎研修の修了証書の写し
 - ③相談支援従事者初任者研修講義部分(3日間コース)の修了証書の写し(8日間コース含む)

※郵送にて所管の府保健所福祉課あてに提出してください。(詳細については実施要領の「5. 受講申込方法及び受講可否について(2) 受講申込方法」を御確認ください。申込締切：令和3年10月1日(金) 必着