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

**平成３０年度京都府サービス管理責任者等研修受講申込書**

**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。　　　　　　　　　　平成　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 | 　 |
| 申込者住所 | 〒　　　－電話番号：　　　－　　　　－　　　　 |
| 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。　　　 |
| 実務経験 | 通算　　年　　月（申込日現在）　※「別紙3」を参考に、該当する経験年数の通算を記入してください。 |
| 関係研 修 の修了状況 | 　受講済みの研修について　（該当するものを○で囲み、必要事項を記入してください。） |
| 1. 該当なし
2. 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　　　年　　　月修了〕

３　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　　年　　月修了〕４　サービス管理責任者等研修　　　　　　　　　　〔修了分野：　　　　　　平成　　年　　月修了〕 |
| 共通講義免除希望 | 無　　・　　有　（過去のサービス管理責任者研修修了証書の添付が必要です。） |
| 受講希望分野 | 希望 | 研修分野 | 　希望分野に１と表示してください。　第1希望の分野以外の受講でもよい場合は、優先順位２～4の数字を記入してください。（複数分野の受講はできません） |
|  | 介護分野 |
|  | 地域生活（知的・精神）分野 |
|  | 就労分野 |
|  | 児童発達支援管理責任者 |
| 所　　属事業所の状　　況 | 現況について　（該当するものに○印を付け、必要事項を記入してください。） |
| 1　新規指定または追加・変更を予定　〔指定機関との相談　：　無・　　有　（平成　　年　　月頃）〕2　指定済〔指定年月：平成　　年　　月、事業所番号：　　　　　　　　　　〕3　その他〔具体的に記入してください。　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　〕 |
| 実施する（予定を含む）サービス種別について　（必要事項を記入してください。） |
| 事業所名称　　（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）サービス種別　（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）定　　　員　　（　　　　　　　名）※多機能型事業所の場合は、「多機能型」と表示し、サービス種別毎の定員及び合計定員を記入してください。 |
| サービス管理責任者等の職員の状況について　（該当するものに○印を付け、必要事項を記入してください。） |
| １　現在、有資格者がいない２　申込者以外の有資格者がいる。ア　現任者の他に有資格者は（　いない　・いる　　　人　）。　イ　現任者に〔　異動　・　退職　〕の予定がある。〔　　年　　月頃〕。3　その他〔具体的に記入してください。　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　〕 |
| 申込者の事業所での役　　割 | 事業所での申込者の役割について　（該当するものを○で囲み、必要事項を記入してください。） |
| 1　現在、サービス管理責任者等として勤務中　〔平成　　　年　　　月～〕ア　経過措置で暫定的に認められている。イ　今回申し込み以外の分野（　　　　）ウ　その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）2　サービス管理責任者等として具体的な予定あり〔予定時期：平成　　　年　　　月〕3　時期は未定だが、研修終了後に予定されている。　４　その他（例：申込者が研修を修了しないと事業所指定を受けられない。欠格で報酬が減算となる。など）　　〔具体的に記入してください。　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　〕 |