

【別紙①】

受付NO		
NO		

平成30年度大阪府サービス管理責任者等研修 受講申込書及び推薦書

※必ず**本人が自筆**で記入のうえ、**配置予定の法人・事業所等代表者から**推薦を受けてください
 ※各項目について記入漏れのないよう正確に記入してください。**記入漏れや不備**があった場合は申込み受付をいたしません
 ※**虚偽**の内容により申込みをされた場合は、修了証書交付後であっても取り消し等の措置を講ずることがあります

ふりがな		男・女	昭和・平成	年	月	日生
申込者氏名			申込者電話番号 — —			
自宅住所	〒 — —					
現在従事している事業所及び実施事業種別	法人・企業等名					
	事業所等名					
	事業所等所在地	〒 — —				
	事業所等電話番号	— —	問合せ担当者名 (カナ)			
	担当者電話番号	同上	※上記電話番号と異なる場合はご記入ください — —			
	事業種別	1. 療養介護 2. 生活介護 3. 就労移行支援 4. 就労継続支援A型 5. 就労継続支援B型 6. 自立訓練(機能訓練・生活訓練) 7. 共同生活援助 8. 自立生活援助 9. 放課後等デイサービス 10. 児童発達支援 11. 保育所等訪問支援 12. 障がい児入所支援 13. 医療型児童発達支援 14. 市町村・府機関 15. 一般相談支援 16. 特定相談支援 17. 障がい児相談支援 18. 重度障がい者等包括支援 19. 居宅介護 20. 重度訪問介護 21. 行動援護 22. 同行援護 23. 短期入所 24. 施設入所支援 25. 高齢福祉関係 26. その他()				
受講希望分野 ※申込みされる分野に○をつけてください	A. 介護分野		<療養介護、生活介護>			
	B. 地域生活(知的・精神)分野		<自立訓練(生活訓練)、共同生活援助、自立生活援助>			
	C. 就労分野		<就労移行支援、就労継続支援(A型、B型)>			
	D. 児童分野		<障がい児入所支援、障がい児通所支援>			
研修修了状況 ※1か2の該当する番号に○をつけてください	1. サービス管理責任者等研修は受講したことがない 2. 本研修受講までに他の分野を修了または修了予定(相談支援従事者研修は含まない) ● 修了証書(受講予定の場合は受講決定通知書)の写しを添付してください ● 該当する修了分野すべてに○をつけてください 介護 / 地域生活(身体) / 地域生活(知的・精神) / 就労 / 児童 ● 全体講義受講(任意)についてどちらかにチェック☑をしてください 今回の全体講義を <input type="checkbox"/> 受講する <input type="checkbox"/> 受講しない ※原則受講して下さい					
研修受講にあたり配慮すべき事項	配慮について【必要・不要】	1. 車いす(電動・手動)	2. 手話通訳	3. 要約筆記	同行介助者	
		4. 点字資料	5. 拡大文字	6. その他()	【有・無】	
※ 配慮について【必要】な方のみ、上記該当する項目に○をつけてください						

実務経験年数等 ※管理者は実務経験年数に含まれません。兼務の場合は管理者以外の業務を記入してください	実務経験要件に該当する資格等 1. 社会福祉主事任用資格者 2. 訪問介護員2級以上に相当する研修の修了者 3. 児童指導員任用資格者 4. 精神障がい者社会復帰指導員 5. 保育士 6. 介護福祉士 7. 社会福祉士 8. 精神保健福祉士 9. その他国家資格 ()
	国家資格による業務 年 月 日 (すべて平成30年3月31日時点)
	相談支援業務 年 月 日 直接支援業務 年 月 日
	※上記年数で要件を満たしているかについては指定権者で確認してください
サービス管理責任者・児童発達支援管理責任者として配置される予定の事業所について (配置予定日までに実務経験要件を満たすこととします)	事業所名 (未定でも可) 事業所所在 市区町村
	事業申請状況 1. 指定番号 () 2. 本申請中 3. 事前協議中 4. これから申請
	事業開始年月日 (予定を含む) 平成 年 月 日 <input type="checkbox"/> 平成 年度中に開始予定 <input type="checkbox"/> 開始年度未定
	サービス管理責任者等として指定権者に <input type="checkbox"/> 届け出ている <input type="checkbox"/> 届け出していない ※「届け出ている」にチェックをした方は指定権者に提出し、 受付印の押された「研修等受講誓約書」 写しを必ず提出してください
	配置年月日 (予定を含む) 平成 年 月 日 <input type="checkbox"/> 平成 年度中に配置予定 <input type="checkbox"/> 配置年度未定 <input type="checkbox"/> 人事異動に備えて ※みなし配置日を含む
	事業種別 1. 療養介護 2. 生活介護 3. 就労移行支援 4. 就労継続支援A型 5. 就労継続支援B型 6. 自立訓練(機能訓練・生活訓練) 7. 共同生活援助 8. 自立生活援助 9. 障がい児通所支援 10. 障がい児入所支援 ※該当するものに○をつけてください 11. 市町村・府機関 12. その他 ()
	同一事業所から同一分野へ複数申込みする場合は優先順位 (配置予定の事業所等代表者に確認し、正確に記入してください) _____人中_____人目
厚生労働省で定める人員基準上、サービス管理責任者等を 複数配置しなければならない場合 の配置人数 _____人	
推薦欄	下記の者については、指定障がい福祉サービスのサービス管理責任者もしくは指定障がい児支援の児童発達支援管理責任者として、 本申込書に記入した内容について相違ないことを確認し、 受講者として推薦いたします 平成 年 月 日 法人・企業等名 _____ 事業所等名 _____ 事業所等所在地 〒 _____ 事業所等電話番号 _____ 法人・事業所等代表者名 _____ (公印)
受講申込者署名欄	本研修の受講申込みにあたり、学則及び募集要項に記載の内容に了承し、本申込書に虚偽なく記入いたしました また、推薦者からの推薦の取り下げがあった場合は、それに従います 当該事業の指定申請状況等について、事業の指定権者へ照会することについて了承します 平成 年 月 日 受講申込者署名 _____
理由欄	※推薦が得られない場合および指定権者へ照会することに了承できない場合は必ず理由を記入してください 平成 年 月 日 受講申込者署名 _____