

受付NO	

【別紙①】

令和2年度大阪府サービス管理責任者等基礎研修 受講申込書及び推薦書

※必ず**本人**が記入のうえ、**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	昭和・平成	年	月	日生
申込者氏名 ※正確に記入してください		女	受講者電話番号			
自宅住所	〒 -					
研修受講における 配慮事項	1. 必要 2. 不要	※配慮について【必要】な方は、該当する項目に○をつけてください。 1. 車いす（電動・手動） 2. 手話通訳 3. 要約筆記 4. 点字資料 5. 拡大文字 6. その他（ ）				同行介助者 （有・無）
現在従事している 事業所及び 実施事業種別 ※法人・会社名など 必ず正式名称を 記入してください。	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 （カタカナ）	
	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 ※該当する全ての番号に ○をつけてください。	1.療養介護 2.生活介護 3.就労支援 4.障がい児支援 5.自立訓練（機能訓練・生活訓練）6.共同生活援助 7.自立生活援助 8.市町村・府機関 9.相談支援 10.居宅・訪問介護・同行支援 11.高齢者福祉 12.その他（ ）				
テキストの郵送先	*テキストを郵送しますので、必ずいずれかを選択してください <input type="checkbox"/> 事業所所在地 <input type="checkbox"/> 自宅住所					
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。 ※実際に業務に従事した日 数が1年あたり180日以上 あるものを要件とします。	相談支援業務	①	年	ヶ月	サービス管理責任者等の要件となる実務経験年数 ※左記業務の年月数の合計になるように記入してください。	
	直接支援業務	②	年	ヶ月	通算 年 ヶ月（令和2年12月2日時点）	
	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.児童指導員任用資格者 3.精神障害者社会復帰指導員 4.保育士 5.訪問介護員2級以上に相当する研修の修了者 6.介護福祉士 7.社会福祉士 8.理学療法士 9.柔道整復師 10.看護師 11.その他国家資格（ ）				
	国家資格による業務	※上記6～11の資格業務の期間		年	ヶ月	<input type="checkbox"/> 資格なし
※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。						
OJT実施（予定） 事業所 ※児童発達支援管理責任者 として実務経験を満たさず 受講する場合は必須 ※基礎研修後、5年の 期間内に2年間のOJTが必 要	法人・企業等名	同上	※上記法人名等と異なる場合はご記入ください。			
	事業所等名					
	事業所等所在地	〒 -				
相談支援従事者研修の受講状況（2日課程・5日課程又は7日課程） *サービス管理責任者、児童発達支援管理責任者になる ための必須研修です	<input type="checkbox"/> 平成・令和		年	月	日	受講済
<input type="checkbox"/> 令和		年	月	日	申込予定	

受講申込者がサービス管理責任者・児童発達支援管理責任者として従事する予定の事業所について

事業所・施設名	事業所所在 市区町村	市区町村	区
事業種別 <small>※該当するものに○をつけてください。</small>	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. 就労定着支援 7. 自立訓練(機能訓練・生活訓練) 8. 共同生活援助 9. 自立生活援助 10. 障がい児通所施設 11. 障がい児入所施設 12. 市町村・府関係 13. その他()		
従事予定	※修了証書が異なりますので、必ずいずれかに○をつけてください。 1. サービス管理責任者 ・ 2. 児童発達支援管理責任者		

※事業開始および受講申込者の配置について、欄に選択のうえ、記入をしてください。

<input type="checkbox"/> 既存事業所	指定番号	指定年月日	年	月	日
	受講申込者の配置(予定)年月日	令和	年	月	日
サービス管理責任者・児童発達支援管理責任者のやむを得ない事由による欠如について、市町村担当部局に <input type="checkbox"/> 届け出ている <input type="checkbox"/> 届け出していない <small>※「届け出ている」にチェックをした事業所は市町村提出後の受付印のある『研修受講等誓約書』の写しを必ず添付してください。</small>					

<input type="checkbox"/> 新規事業所	申請・協議先【市町村】	【担当課】	【担当者】		
	<small>※申請・協議状況を確認することがありますので、必ず記載ください。</small>				
	事業開始(予定)年月日	令和	年	月	日
		<input type="checkbox"/> 令和	年度に開始予定	<input type="checkbox"/> 開始時期は未定	
	受講申込者の配置(予定)年月日	令和	年	月	日
		<input type="checkbox"/> 令和	年度に配置予定	<input type="checkbox"/> 配置時期は未定	

同一事業所から複数名申し込みをする場合の優先順位
(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を配置しなければならない人数 _____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。また、下記推薦者について受講に関する不正があった場合は当該受講者の受講不可その他必要な措置を行うことについて承知しています。 令和 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

※個人印は不可、コピー不可

▼理由欄は、推薦が得られない場合は必ずご記入ください

理由欄 サービス管理責任者・児童発達支援管理責任者として、従事する事業所が未定のため
 その他()
 法人立ち上げ中のため推薦が得られない(下記内容をご確認の上、ご署名ください)
 11月末までに本申込書「推薦欄」を記入し、公印を押印の上、再提出します。
 再提出できない場合、受講取消及び受講料の返還がないことについて了承します。

法人・企業名 _____ 令和 年 月 日
 法人・企業等代表者署名(自筆) _____ 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。

令和 年 月 日
 受講申込者署名 _____ (自筆)