

# 【記入見本】

【別紙①】

受付NO	

## 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	こんごう さくら	男	昭和・平成 52年 5月 16日 生
申込者氏名 ※正確に記入してください	金剛 さくら	女	受講者電話番号 ☎ 000 - 0000 - 0000
自宅住所	〒 584 - 0000 大阪府富田林市〇〇町〇丁目〇-〇 〇〇マンション〇〇号		
研修受講における配慮事項	<input checked="" type="checkbox"/> 必要 ※配慮について【必要】な項目は該当する項目に〇をつけてください。 1. 車いす（電動 <input checked="" type="checkbox"/> 手動） 2. 手話通訳 3. 要約筆記 2. 不要 4. 点字資料 5. 拡大文字 6. その他（ ）		同行介助者 ( <input checked="" type="checkbox"/> 有・ <input type="checkbox"/> 無 )
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	社会福祉法人 〇〇	
	事業所等名	<input type="checkbox"/> 事業所	
	事業所等所在地	〒 584 - △△△△ 大阪府富田林市△△町△丁目△-△	
	事業所等電話番号	☎ 0721 - 〇〇 - 0000	問合せ担当者名 (カタカナ) モリ
※法人・会社名など必ず正式名称を記入してください。	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。	
※該当する全ての番号に〇をつけてください。	事業種別	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 checked="" type="checkbox"/> 事業所所在地 <input type="checkbox"/> 自宅住所		
実務経験年数等	相談支援業務	① 3年 6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。 通算 8年 6ヶ月 (令和2年12月2日時点)
	直接支援業務	② 5年 0ヶ月	
	※管理者は実務経験年数に含まれません。業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.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（ ）
※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。	国家資格による業務	※上記6~11の資格業務の期間 3年 2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	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	※記入しない場合は「〇〇〇〇」で記入	
	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)	<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		
*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			

●配慮が不要の場合は、不要に〇を付けてください

●現在、事業所等に所属されていない場合は、その旨を【法人・企業等名】の欄に記入  
 ●退職予定等により現事業所への連絡を希望されない場合は、事業所等電話番号の欄に【現在の事業所へ連絡を希望しない】と明記

●本人と異なる場合は担当者名をカタカナで記入  
 ●本人の場合は【本人】と記入

●ご自身のこれまでの実務経験が要件を満たしているかについては、各事業の届け出をしている指定権者に確認ください

●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のみ記入  
 ※基礎研修修了後、5年の期間内に2年間の※OJTが必

※「OJT」とは、「On-The-Job Training」の略称です。実際の職務現場において、業務を通して行う教育訓練のことをいいます。

【記入見本】

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	<input type="checkbox"/> 事業所	事業所所在 市区町村	富田林 市 区
事業種別	1. 療養介護 2. <b>生活</b> 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. <b>自立</b> 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。 <input checked="" type="checkbox"/> 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、 <input checked="" type="checkbox"/> 欄に選択のうえ、記入をしてください。			
<input checked="" type="checkbox"/> 既存事業所	指定番号	27△△△△△△△△	指定年月日 平成29年4月1日
	受講申込者の配置(予定)年月日	令和2年4月1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 □届け出ている □届け出していない ※「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。			
<input type="checkbox"/> 新規事業所	申請・協議先【市町村】	【担当課】	【担当者】
	事業開始(予定)年月日	令和 年 月 日	□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	□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)		2人中 1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		1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、 <b>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、</b> 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2年〇月〇日		
法人・企業等名	社会福法人〇〇		
事業所等名	<input type="checkbox"/> 事業所		
事業所等所在地	〒584-△△△△ 大阪府富田林市△△町△丁目△-△		
事業所等電話番号	0721-00-0000		
法人・事業所等代表者名	理事長 〇〇 △△		
※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	<input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> その他( ) <input type="checkbox"/> 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2年〇月〇日		
	年 月 日設立予定	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2年〇月〇日 受講申込者署名 <b>全剛 さくら</b> (自筆)		

要件 (①相談2日課程の修了・②サビ管研修の修了予定・③実務経験)を満たした上で、配置を予定する年月日を記入してください

例: 実務経験を満たしていない年月日での配置⇒×  
みなし以外の方で、研修終了日以前の配置⇒×

●今後の配置年月日が確定している場合(月まででも可)は太枠に年月日を記入

要件 (①相談2日課程の修了・②サビ管研修の修了予定・③実務経験)を満たした上で、配置を予定する年月日を記入してください

例: 実務経験を満たしていない年月日での配置⇒×  
みなし以外の方で、研修終了日以前の配置⇒×

●今後の配置年月日が確定している場合(月まででも可)は太枠に年月日を記入

●予定年度のみ決まっている場合は【令和\_年度中に配置を予定】に☑を入れ、年度を記入

●未定の場合は【配置時期は未定】に☑を記入

●配置予定の事業所が、**現在所属の法人・企業等と異なる場合は、**今後配属される予定の事業所の法人・企業等代表者から推薦を受けてください

●受講申込者が代表者の場合は自薦

●法人・企業等の**公印**を押印  
※本人印は不可

●法人・企業等立ち上げ中などにより、公印を押印できない場合は、その旨を【理由欄】に記入

●推薦が得られない場合にチェックを入れ代表者が署名してください

●自筆で記入してください