

児童発達支援管理責任者研修  
平成29年度 兵庫県児童発達支援管理責任者研修受講申込書

様式第1号—②

標記研修を下記のものに受講させたいので申し込ます

申込日 平成 年 月 日

法人・会社等名称		代表者職名	代表者氏名	印			
①児童発達支援管理責任者を配置する事業所	名称	申込担当者 氏名 TEL		氏名 TEL			
	所在地 〒						
	電話番号						
②上記事業所が実施または予定している障害福祉サービス（番号・状況を○で囲み、定員を記載）多機能型の場合もその他に記入してください							
番号	サービス名	状況（○で囲む）	定員	番号	サービス名	状況（○で囲む）	定員
1	障害児通所支援	指定済・申請中または予定		2	障害児入所支援	指定済・申請中または予定	
3	その他	( )					
③受講者氏名 (フリガナ)		④生年 月 日		昭和・平成 年 月 日 ( 歳)		⑤性別 男 女	
		氏名は正しい楷書体で記入してください					
⑥受講者連絡先電話番号							
⑦受講者勤務先 ※上記事業所と異なる場合のみ記載		名称	電話番号				
		所在地 〒					
⑧ ①もしくは⑦の事業所から同一分野を複数名申し込んでいる場合の受講者の順位 位/ 名中							
⑨ 受講申込理由（番号を○で囲み必要事項を記載）※様式第2号にも記載してください							
1 児童発達支援管理責任者就任中で研修受講誓約書を提出済 提出日 平成 年 月				2 多機能型のサビ管就任中で未受講分野の受講			
3 事業所新規設置・事業移行 予定日 平成 年 月 申請済・未申請				4 その他			
⑩ 児童発達支援管理責任者の資格要件に関する実務経験年数及び要件に関する資格について（H29年6月30日現在） ※様式第2号の実経験年数の合算を記載							
				相談支援業務	合計	年	ヶ月
				直接支援業務	合計	年	ヶ月
				高齢者等支援業務の期間を除外した期間		年	ヶ月
⑪ 平成29年度相談支援従事者初任者研修講義部分（2日間）の受講について（番号を○で囲む）							
1 申し込みます							
2 申し込みません（既に相談支援従事者初任者研修修了または講義部分（2日間）受講済のため） ※2の場合は修了書または受講証明書の写しを必ず添付							
⑫ 演習の希望日程（○で囲む 別紙参照のこと）		第1回	第2回	どちらでも良い			
⑬ 研修受講にあたって、配慮すべき事項がある場合、該当する欄に○印を記入してください。 ・手話通訳( )・車椅子用席( )・介助者同行( )・その他(具体的に )							
⑭ サービス管理責任者・相談支援従事者初任者研修5日間を申し込んでいる場合は番号を○で囲む（申込書はそれぞれに必要）							
1 介護		2 地域生活（身体）		3 地域生活（知的・精神）		4 就労	
5 相談支援従事者初任者研修（5日間）							

上記の記載内容に相違ありません

（必ず受講者本人が記載内容を確認すること） 受講者氏名： \_\_\_\_\_ ㊦

・記載された個人情報には研修事業以外の目的に使用しません。・記載内容に虚偽があった場合受講できません。

平成29年度 兵庫県児童発達支援管理責任者研修受講者申込書 (記載例)

標記研修を下記のものに受講させたいので申しします

申込日 平成29年 6月 24日

法人・会社等名称	社会福祉法人はばたん福祉会		代表者職名	代表者氏名	神戸 太郎	印
①児童発達支援管理責任者を配置する事業所	名称	放課後等デイサービスくすのき		申込担当者氏名	明石 正夫	
	所在地	〒651-2181 神戸市西区□□町○○番地			名・電話番号	TEL 078-0000-XXXX
		電話番号	078-0000-XXXX			
②上記事業所が実施または予定している障害福祉サービス(番号・状況を○で囲み、定員を記載)多機能型の場合もその他に記入してください						
番号	サービス名	状況(○で囲む)	定員	番号	サービス名	状況(○で囲む)
1	障害児通所支援	指定済・申請中または予定	20	2	障害児入所支援	指定済・申請中または予定
3	その他	( )				
③受講者氏名	(フリガナ)	ヒメジ	ハナコ	④生年 月日	昭和・平成 57年 9月 15日 (34歳)	⑤性別 男 <input checked="" type="radio"/> 女
		姫路	花子			
⑥ 受講者連絡先電話番号		090-0000-△△△△				
⑦受講者勤務先 ※上記事業所と異なる場合のみ記載	名称	ワークステーションのじぎく		電話番号 079-□□□-XXXX		
	所在地	〒675-0022 加古川市□□□町○○番地				
⑧ ①もしくは⑦の事業所から同一分野を複数名申し込んでいる場合の受講者の順位						1位/ 2名中
⑨ 受講申込理由(番号を○で囲み、必要事項を記載)※様式第2号にも記載してください						
1 児童発達支援管理責任者就任中で研修受講誓約書を提出済		2 多機能型のサビ管就任中で未受講分野の受講		提出日 平成 年 月		
3 事業所新規設置・事業移行		4 その他		予定日 平成 30年 2月 申請済・未申請		
⑩ 児童発達支援管理責任者の資格要件に関する実務経験年数及び要件に関する資格について(H29年6月30日現在) ※様式第2号の実経験年数の合算を記載						
		相談支援業務	合計	5年	2ヶ月	
		直接支援業務	合計	3年	2ヶ月	
		高齢者等支援業務の期間を除外した期間		5年	2ヶ月	
⑪ 平成29年度相談支援従事者初任者研修講義部分(2日間)の受講について(番号を○で囲む)						
1 申し込みます						
2 申し込みません(既に相談支援従事者初任者研修修了または講義部分(2日間)受講済のため) ※2の場合は修了書または受講証明書の写しを必ず添付						
⑫ 演習の希望日程(○で囲む 別紙参照のこと)		第1回	第2回	どちらでも良い		
⑬ 研修受講にあたって、配慮すべき事項がある場合、該当する欄に○印を記入してください。 ・手話通訳( )・車椅子用席( )・介助者同行( )・その他(具体的に )						
⑭ サービス管理責任者・相談支援従事者初任者研修5日間を申し込んでいる場合は番号を○で囲む(申込書はそれぞれに必要)						
1 介護 2 地域生活(身体) 3 地域生活(知的・精神) 4 就労						
5 相談支援従事者初任者研修(5日間)						

上記の記載内容に相違ありません

(必ず受講者本人が記載内容を確認すること) 受講者氏名: 姫路 花子

・記載された個人情報は研修事業以外の目的に使用しません。・記載内容に虚偽があった場合受講できません。

児童発達支援管理責任者研修  
事業所推薦書及び実務経験申告書

様式第2号-②

平成29年 月 日

法人・事業所名

申込責任者氏名

(印)

研修受講について検討した結果、下記の者が適任と認められるので推薦します。

フリガナ	( 印 )
受講希望者氏名	
受講目的 (該当番号等を○で囲み内容を記入)	1. 受講誓約書提出済み 提出先 _____ 提出日 _____ 年 _____ 月 _____ 日 2. 多機能型のサビ管就任中で未受講分野の受講 3. 新規事業所の設置・移行 ( 申請済み ・ 未申請 ) 予定日 _____ 年 _____ 月 所在地 (予定含) _____ 市 4. 現任者との交代 (退職・人事異動・その他 [ _____ ]) 交代日 _____ 年 _____ 月 _____ 日 5. その他 [ _____ ]
推薦理由 (申込責任者が記入)	【児童発達支援管理責任者として、その技術と知識を発揮できると判断した理由と期待すること】
受講希望者が記入	【児童発達支援管理責任者として実践したいこと】

サービス管理責任者の要件となる資格、実務経験について、以下のとおり申告します。

要件にかかる資格名称【 _____ 】	取得時期【昭和・平成 _____ 年 _____ 月】
---------------------	-----------------------------

① 昭和・平成 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月～昭和・平成 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 計 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ ヶ月

事業所名 ( \_\_\_\_\_ ) 事業所種別 ( \_\_\_\_\_ )

職種 ( \_\_\_\_\_ ) 支援内容 (相談支援業務・直接支援業務) ※いずれかに○

具体的業務の内容 \_\_\_\_\_

② 昭和・平成 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月～昭和・平成 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 計 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ ヶ月

事業所名 ( \_\_\_\_\_ ) 事業所種別 ( \_\_\_\_\_ )

職種 ( \_\_\_\_\_ ) 支援内容 (相談支援業務・直接支援業務) ※いずれかに○

具体的業務の内容 \_\_\_\_\_

③ 昭和・平成 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月～昭和・平成 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 計 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ ヶ月

事業所名 ( \_\_\_\_\_ ) ・事業所種別 ( \_\_\_\_\_ )

職種 ( \_\_\_\_\_ ) 支援内容 (相談支援業務・直接支援業務) ※いずれかに○

具体的業務の内容 \_\_\_\_\_

相談業務通算 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ ヶ月

直接支援業務通算 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ ヶ月

高齢者等支援業務通算 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ ヶ月

※ 申込書(様式第1号)項目⑩にも、上記実務経験年数の合算を記入してください。

※ 欄が足りない場合は、印刷し不足部分のみ記入してください。

記載例

事業所推薦書及び実務経験申告書

様式第2号-②

平成29年 月 日

法人・事業所名 社会福祉法人はばたん福祉会 申込責任者氏名 神戸 太郎 (印)

研修受講について検討した結果、下記の者が適任と認められるので推薦します。

フリガナ	<u>ヒメジ ハナコ</u>
受講希望者氏名	<u>姫路 花子</u> (印)
受講目的 (該当番号等を○で囲み内容を記入)	1. 受講誓約書提出済み 提出先 _____ 提出日 _____ 年 _____ 月 _____ 日 2. 多機能型のサビ管就任中で未受講分野の受講 3. <u>新規事業所の設置・移行 (申請済み・<b>未申請</b>)</u> 予定日 <u>平成30年2月</u> 所在地(予定含) <u>神戸市</u> 4. 現任者との交代(退職・人事異動・その他 [ _____ ]) 交代日 _____ 年 _____ 月 _____ 日 5. その他 [ _____ ]
推薦理由 (申込責任者が記入)	【児童発達支援管理責任者として、その技術と知識を発揮できると判断した理由と期待すること】 <u>各自ご記入ください</u>
受講希望者が記入	【児童発達支援管理責任者として実践したいこと】 <u>各自ご記入ください</u>

サービス管理責任者の要件となる資格、実務経験について、以下のとおり申告します。

要件にかかる資格名称	取得時期
【 <u>介護福祉士</u> 】	【平成 <u>24</u> 年 <u>3</u> 月】

- ① 平成 24 年 4 月～平成 29 年 6 月 計 5 年 2 ヶ月  
 事業所名 ( ワークステーションのじぎく ) 事業所種別 ( 相談支援事業所 )  
 職種 ( 相談員 ) 支援内容 ( 相談支援業務・直接支援業務 ) ※いずれかに○  
 具体的業務の内容 障害児への相談業務
- ② 平成 21 年 3 月～平成 24 年 3 月 計 3 年 2 ヶ月  
 事業所名 ( のじぎくの荘 ) 事業所種別 ( 特別養護老人ホーム )  
 職種 ( 介護支援員 ) 支援内容 ( 相談支援業務・直接支援業務 ) ※いずれかに○  
 具体的業務の内容 食事、入浴、排せつ等の介助
- ③ 昭和・平成 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月～昭和・平成 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 計 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ ヶ月  
 事業所名 ( \_\_\_\_\_ ) ・事業所種別 ( \_\_\_\_\_ )  
 職種 ( \_\_\_\_\_ ) 支援内容 ( 相談支援業務・直接支援業務 ) ※いずれかに○  
 具体的業務の内容 \_\_\_\_\_

相談業務 通算 <u>5</u> 年 <u>2</u> ヶ月	直接支援業務 通算 <u>3</u> 年 <u>2</u> ヶ月	高齢者等支援業務 通算 <u>3</u> 年 <u>2</u> ヶ月
--------------------------------	----------------------------------	------------------------------------

※ 申込書(様式第1号)項目⑩にも、上記実務経験年数の合算を記入してください。  
 ※ 欄が足りない場合は、印刷し不足部分のみ記入してください。

兵庫県児童発達支援管理責任者研修にかかる  
申込チェックシート

各項目を再度確認し、不備がなければ□にチェックを入れ、事業所名、申込責任者の氏名の記入と押印をしてください。

不備があった場合、申込書を受理しない場合があります。

同一封筒で、複数名分郵送される場合は、本チェックシートは1枚のみ提出してください。

①申込書、推薦書・実務経験申告書に記載漏れ、押印漏れ等がない。

②申込書の氏名（漢字）、生年月日に誤りがない。

③事業所が実施している障害福祉サービスと受講希望分野に間違いはない。

④返信用封筒に82円切手を貼り、宛先、受講希望者氏名を記載している。

⑤返信用封筒が、申込人数分同封されている。

⑥申込書、推薦書・実務経験申告書、返信用封筒（82円切手貼付）を全て揃えている。

⑦過去に相談支援従事者初任者研修（5日間）または合同講義（2日間）を受講している場合、修了証書または受講証明書の写しを同封している。

⑧申込書郵送時の料金不足がないようにしている。

申込みにかかる必要な書類内容を確認しましたので、郵送いたします。

平成 年 月 日

事業所名

申込責任者

印