

令和元年度
兵庫県サービス管理責任者・児童発達支援管理責任者 更新研修
実施要項

1 目的

障害者総合支援法等の適切かつ円滑な運営を行うため、サービスの質の確保に必要な専門知識と技術を有するサービス管理責任者・児童発達支援管理責任者が、今後の動向を踏まえた視点の展望と役割を認識し、日常業務の内容を振り返るとともに実践内容の確認をすることによって、知識・技術の更なる底上げを図ることを目的とします。

2 実施主体

兵庫県から委託を受けて社会福祉法人兵庫県社会福祉事業団が実施します。

3 対象者

平成 18 年度から 23 年度までにサービス管理責任者・児童発達支援管理責任者研修を受講された方で、サービス管理責任者等として従事している方又は従事する予定の方（複数の分野のサービス管理責任者等研修を受講された方は、初回の研修受講年度で判断してください。）。

平成 31 年 4 月から研修制度が改正され、平成 18 年度から 30 年度までにサービス管理責任者等研修を受講された方は令和元年度から 5 年度までの間に更新研修を受講しなければ、引き続きサービス管理責任者・児童発達支援管理責任者として業務に従事することができなくなりましたが、特定の年度に受講者が集中することがないように、受講対象者を以下のとおりとしています。

年度	受講対象者
元年度	平成 18 年度から 23 年度までに研修を受講された方
2 年度	平成 24 年度から 26 年度までに研修を受講された方
3 年度	1. 平成 27 年度又は 28 年度に研修を受講された方 2. 令和元年度に受講申込みをしたが定員超過のため受講不可となった方
4 年度	1. 平成 29 年度又は 30 年度に研修を受講された方 2. 令和 2 年度に受講申込みをしたが定員超過のため受講不可となった方
5 年度	令和元年度から 4 年度までの間に受講申込みをしたが、やむを得ない理由で受講できなかった方

4 研修日時・会場

以下の日程のうちいずれか 1 日受講する必要があります。申込み用紙に希望日程を第 4 希望まで選択してください。ただし、希望とおりにならない場合もありますので、ご容赦ください。

回	日程	時間（予定）	会場
第 1 回	令和 2 年 1 月 31 日（金）	9：00～17：00	兵庫県立総合リハビリテーションセンター福祉のまちづくり研究所 3 階
第 2 回	令和 2 年 2 月 4 日（火）		
第 3 回	令和 2 年 2 月 13 日（木）		
第 4 回	令和 2 年 2 月 14 日（金）		
第 5 回	令和 2 年 2 月 19 日（水）		
第 6 回	令和 2 年 2 月 21 日（金）		
第 7 回	令和 2 年 2 月 26 日（水）		
第 8 回	令和 2 年 2 月 28 日（金）		
第 9 回	令和 2 年 3 月 3 日（火）		

5 修了証書の交付

- (1) 全カリキュラムを修了された方には、兵庫県知事の修了証書を交付します。
- (2) 研修終了後に手渡しする予定です。
- (3) 補講等はありません。
- (4) 遅刻、早退がある場合、研修受講態度が著しく不良な場合（注）等についても修了証書の発行を行わない場合があります。

(注)①他の受講者、研修会場に迷惑となる行為

②研修の円滑な実施を妨げる行為（グループワーク等での消極的な態度も含む）

③研修に参加するものとして好ましくない行為（携帯電話等の使用、研修に関係のない行為、居眠り等）

④研修に関するルールを守れない場合（駐車が認められない場所への無断駐車等）

6 受講費用について

3000円

※研修に係る費用、滞在費等諸費用については、各自でご負担願います。

※納入方法については、受講決定者に対して別途お知らせします。

7 申込み方法等について【必ず福祉のまちづくり研究所ホームページの「留意事項」「研修体系」「受講対象者について」を確認し、下記の書類を揃えて申し込んでください】

①	様式第1号 受講者申込書	必要事項を記入し、必ず事業所の代表者から推薦を受けてください。 ※参考資料をよく読んで、ご記入ください。	必須 福祉のまちづくり研究所ホームページよりダウンロードしてください。
②	様式第2号 申込チェックシート	必要事項を記入してください。事業所から複数名分まとめて郵送する場合は、1枚のみ提出してください。	
③	サービス管理責任者等研修修了証書の写し (兵庫県で修了された方は必要ありません。)		他府県の研修受講者のみ
④	返信用封筒（必須） ・長形3号120mm×235mmに84円切手を貼付 ・返信先（返信宛先住所・宛先氏名・受講者氏名（宛先氏名と同一の場合は不要））を明記 ・ <u>複数名お申し込みの場合でも、お一人様につき封筒1通ずつ必要です。</u>		必須

[申込締め切り] 令和元年11月11日（月）正午 必着 ※原則郵送。FAX、メール不可
※締切後の申込は一切受け付けません。

[申し込み先]

〒651-2181 神戸市西区曙町1070

総合リハビリテーションセンター

福祉のまちづくり研究所 研修課

※「サービス管理責任者等更新研修 申込書在中」と朱書きのこと

8 重要事項

- (1) 令和元年度の更新研修は平成18年度～平成23年度のサービス管理責任者・児童発達支援管理責任者研修修了者に受講していただきます。
- (2) 申込者多数の場合は、選考を行います。
兵庫県在住の方、兵庫県内の事業所従業者を優先します。
他の都道府県から申込をされる場合は、事前に福祉のまちづくり研究所研修課まで、問合せ先からメールにてご連絡ください。
- (3) 受講決定後に受講者の変更はできません。
- (4) 受講の可否につきましては同封の返信用封筒を利用してお知らせします。
研修日の1週間前までに連絡のない場合は、確認をお願いします。
- (5) 申込書に、未記入、押印漏れ等の不備がないよう確認してから提出してください。
発送日については、ホームページに掲載しますので、それ以降に不着の場合は連絡してください。
- (6) 提出された書類については、返却しません。
- (7) こちらから連絡する場合は、申込担当者へ連絡します。
- (8) 申込用紙に記載された個人情報名簿作成等、研修事業以外の目的には使用しません。
- (9) 申し込みは原則郵送でお願いします。(FAX、メールでの申し込みはできません)
- (10) 申込用紙等に虚偽の内容を記載された場合は、受講決定後でも決定を取り消す場合があります。
- (11) 研修内容・申込についてのお問い合わせは、時間内をお願いします。担当者が不在の場合は、すぐに回答出来ない事がありますのでご容赦ください。
- (12) 必ず、別紙「研修における留意事項」を確認してから、申込をしてください。

【研修内容・申込について】ホームページは、福祉のまちづくり研究所 研修課で検索してください。
**※申し込み期間中は、お電話での問い合わせが殺到し、担当に繋がらない、すぐに回答できない等々
があります。その為、研修内容についての問い合わせは、下記 URL の研修部門のお問い合わせ
メールにてお願いいたします。回答については、メールかお電話で回答いたします。**

福祉のまちづくり研究所ホームページから
研修部門→お問い合わせページに移動していただき、メールにてお問い合わせください。
<http://www.hwc.or.jp/kensyuu/form/contact/contact.cgi>

【担当】 谷垣

【研修制度に関する問い合わせや相談】

兵庫県健康福祉部 障害福祉局 障害福祉課 障害政策班
〒650-8567 神戸市中央区下山手通5-10-1 TEL: 078-341-7711 (代表)
【担当】 向田 内線2969

【会場】

総合リハビリテーションセンター 福祉のまちづくり研究所
神戸市西区曙町1070
<http://www.hwc.or.jp/kensyuu/access/access.html>

令和元年度 兵庫県サービス管理責任者・児童発達支援管理責任者
更新研修 受講推薦・申込書

申込日：令和 年 月 日

法人名(会社名).....

事業所名称.....

法人又は事業所代表者 職名.....氏名.....

(申込責任者氏名 TEL)

標記研修を下記の者に受講させたいので推薦し修了後はサビ管児発管として従事させることを確約します。

フリガナ	性別	生年月日	同一事業所から複数名 申込み場合の優先順位
受講希望者氏名 (楷書で記入)	男 女	昭和 平成 年 月 日 (歳)	位 / 人中

平成18年度～平成23年度のサービス管理責任者・児童発達支援管理責任者研修の修了者

修了年度	修了書番号(不明の場合は空白で構いません)	実施自治体(又は指定研修機関名)
平成 年度		

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している又は従事予定の勤務先	事業所名 〒 (住所・電話番号) TEL ()
--	-----------------------------------

現在の勤務先 (上記と異なる場合のみ記入)	事業所名 〒 (住所・電話番号) TEL ()
--------------------------	-----------------------------------

現在勤務先の事業所種別	【福祉サービス種別：】 【受講希望者の現在の職種：】 【福祉サービス以外の職種：】
-------------	---

サービス管理責任者・児童発達支援管理責任者としての業務経験について
サービス管理責任者として 【 】年【 】ヶ月
児童発達支援管理責任者として【 】年【 】ヶ月 ※令和元年10月30日現在

研修の希望日程について第4希望まで○を付けてください(必ずしも希望通りにはなりません)
日程は実施要項4を確認してください。

第1回	第2回	第3回	第4回	第5回	どの日程でも良い
第6回	第7回	第8回	第9回		

修了証書の名称は、どちらの名称を希望するか()内に○を記入してください。 (記入がない場合は、サービス管理責任者更新研修修了証書で交付します。)
サービス管理責任者更新研修修了証書 ()
児童発達支援管理責任者更新研修修了証書 ()

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 ()	要約筆記 ()	車椅子用席 ()	介助者同行 ()
その他(具体的に記載)			

上記の記載内容に相違ありません。 受講者氏名： _____ 印 _____
(必ず受講者本人が記載内容を確認すること。) 受講者連絡先： (_____)

令和元年度 兵庫県サービス管理責任者・児童発達支援管理責任者

更新研修 受講推薦・申込書

記載例

申込日：令和 元年10月30日

法人名(会社名) 社会福祉法人はばたん福祉会

事業所名称 共同生活援助くすのき

法人又は事業所代表者 職名 理事長 氏名 神戸 太郎

(申込責任者氏名 明石 一郎 TEL 078-000-△△△△)

標記研修を下記の者に受講させたいので推薦し修了後はサビ管児発管として従事させることを確約します。

フリガナ	ヒョウゴ	ケン	性別	生年月日	同一事業所から複数名 申込み場合の優先順位
受講希望者氏名 (楷書で記入)	姓 兵 庫	名 健	男 女	昭和 平成 59年 2月 1日 (35歳)	位 / 人中

平成18年度～平成23年度のサービス管理責任者・児童発達支援管理責任者研修の修了者

修了年度	修了書番号(不明の場合は空白で構いません)	実施自治体(又は指定研修機関名)
平成 22 年度	第10-00	兵庫県

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している又は従事予定の勤務先	事業所名	〒	住所・電話番号	TEL
	共同生活援助くすのき	〒651-2181	神戸市西区〇〇町〇〇番地	TEL (078-000-△△△△)

現在の勤務先 (上記と異なる 場合のみ記入)	事業所名	〒	住所・電話番号	TEL

現在勤務先の 事業所種別	【福祉サービス種別：共同生活援助】	【受講希望者の現在の職種：サービス管理責任者】	【福祉サービス以外の職種：】

サービス管理責任者・児童発達支援管理責任者としての業務経験について
 サービス管理責任者として 【 8 】年【 2 】ヶ月
 児童発達支援管理責任者として【 】年【 】ヶ月 ※令和元年10月30日現在

研修の希望日程について第4希望まで○を付けてください(必ずしも希望通りにはなりません)
 日程は実施要項4を確認してください。

第1回	第2回	第3回	第4回	第5回	どの日程でも良い

修了証書の名称は、どちらの名称を希望するか()内に○を記入してください。
 (記入がない場合は、サービス管理責任者更新研修修了証書で交付します。)
 サービス管理責任者更新研修修了証書 (○)
 児童発達支援管理責任者更新研修修了証書 ()

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 ()	要約筆記 ()	車椅子用席 ()	介助者同行 ()
その他(具体的に記載)			

上記の記載内容に相違ありません。 受講者氏名： 兵庫 健 (兵庫)
 (必ず受講者本人が記載内容を確認すること) 受講者連絡先：(090-0000-0000)

令和元年度兵庫県サービス管理責任者・児童発達支援管理責任者更新研修にかかる
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。

研修申し込みに必要な所定の書類以外のもの（送付文・国家資格証書等）は同封しないようにしてください。

①申込書、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返信用封筒に84円切手を貼り、宛先、受講希望者氏名を記載している。

④返信用封筒が、申込人数分同封されている。

⑤申込書（推薦、確約書）、返信用封筒（84円切手貼付）を全て揃えている。

⑥兵庫県以外の都道府県で研修を修了した修了証書のコピーを添付している
（該当者のみ）

⑧申込書郵送時の料金不足がないようにしている。

本研修における留意事項を把握し、申込みに必要な書類内容を確認しましたので、郵送いたします。

令和元年 月 日

事業所名 _____ 申込責任者 _____ 印