

令和4年度サービス管理責任者・児童発達支援管理責任者基礎研修 受講申込・推薦書

標記研修を下記の者に受講させたいので、推薦し申込します

申込日 令和4年 月 日

推薦法人・事業所情報	法人・会社等名称 ※正式名称を記入	代表者職名		代表者氏名		
	①事業所・施設名 ※正式名称を記入	申込責任者氏名		ふりがな		
	②事業所等所在地	〒 -		申込責任者連絡先		
	電話番号	-		FAX番号		
	連絡先メールアドレス ※間違いの無いようご記入ください。	連絡先メールアドレス ※確認の為、再度ご記入ください		※研修中はこのメールアドレスを使用します。英数字が正確に分かるようご記入をお願いします。		
受講申込者情報	ふりがな	④性別 (未記入可)	年齢	⑤生年月日	昭和・平成 年 月 日	
	③受講申込者氏名 ※楷書体で正しく記入	男・女		⑦受講者連絡先	-	
	⑥現在の職種					
	⑧受講者の現在勤務先 ※上記①と異なる場合のみ記入	名称	Tel		-	
		所在地	〒 -			
	受講可否通知 発送用住所 (返信用封筒に記載の住所)	〒 -				
受講申込者がサービス管理責任者等として従事予定の事業所情報	⑨事業所・施設名	※上記①と同一事業所の場合は右欄に○を記入			※未定の場合は右欄に○を記入	
	所在地				※未定の場合は右欄に○を記入	
	事業種別	1 療養介護	2 生活介護	3 自立訓練(機能訓練)	4 共同生活援助	
		5 自立訓練(生活訓練)	6 自立生活援助	7 就労移行支援	8 就労定着支援	
		9 就労継続支援A型	10 就労継続支援B型	11 障害児通所支援	12 障害児入所支援	
		※該当するものは全ての番号の前に○をつけてください				
	⑨の事業所での従事予定として複数名受講を申し込んでいる場合の当受講申込者の優先順位	位 / 名中				
	⑩受講申込理由 【③受講申込者が⑨の事業所で従事する理由】 ※番号の前に○を記入の上、必要事項を記入(複数選択不可)	1 やむを得ない事由によりサビ児管が欠如となっており、サビ児管として配置している。 欠如発生日 令和 年 月 日				
		2 新規指定事業所として事業開始(予定) 開始(予定)日 令和 年 月 / 未定 受講者配置予定日 令和 年 月 / 未定				
		3 現任者との交代 交代(予定)時期 令和 年 月 日 交代理由				
現任者との交代の場合、該当する( )に○印を記入ください。 ( ) 1人目のサビ管・児発管 ( ) 2人目のサビ管・児発管 (事業所定員人数: 名)						
4 人事異動等の備え 配置(予定)時期 令和 年 月 予定 / 未定						
5 その他 (具体的に)						
⑪受講申込者がサービス管理責任者等の資格要件となる実務経験年数について		※様式第2号の各実務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	通算 年 ヶ月 (令和4年 月 日現在)				
⑫合同講義・共通講義の希望日程(第2希望までを○で選択:日程は別紙参照) ※必ずしもご希望に沿えない場合もありますのでご了承ください						
第1回	第2回	第3回	第4回	どの日程でも良い		
⑬演習の希望日程(第4希望までを○で選択:日程は別紙参照) ※必ずしもご希望に沿えない場合もありますのでご了承ください						
第1回	第2回	第3回	第4回	第5回		
第7回	第8回	第9回	第10回	どの日程でも良い		
⑭過去に相談支援従事者初任者研修(5日又7日間)又は合同講義部分(2日間)を受講済の方はどちらかの( )に○を記入ください。						
( ) 相談支援従事者初任者研修(5日又は7日間)を受講済(修了証書のコピー要)		( ) 合同講義部分(2日間)を受講済(受講証明書のコピー要)				
⑮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( )に○印を記入ください。						
( ) 手話通訳	( ) 車椅子用席	( ) 介助者動向	( ) その他(具体的に)			
⑯相談支援従事者初任者研修(7日間)を同時に申し込んでいる場合は( )に○印を記入すること。						
( ) 相談支援従事者初任者研修(7日間)の申し込みあり						

・上記の記載内容に相違ありません。(必ず受講申込者が本人が記載内容を確認の上、署名・押印すること)

受講者申込者氏名 \_\_\_\_\_ 印 \_\_\_\_\_

・本申込書の記載内容には相違ありません。また、記載内容に虚偽等があった場合は、受講取り消し等の措置が行われること了承します。

法人・会社等名称 \_\_\_\_\_

事業所等名称 \_\_\_\_\_

公印 \_\_\_\_\_

法人・事業者等代表者 \_\_\_\_\_

※代表者個人印不可(法人・事業所が設立準備中の場合を除く)

○記載された個人情報、研修事業以外の目的に使用しません。

記入例

令和4年度サービス管理責任者・児童発達支援管理責任者基礎研修 受講申込・推薦書

申込日 令和4年 5月 10日

推薦法人・事業所情報	法人・会社等名称 ※正式名称を記入	社会福祉法人はばたん福祉会		代表者職名	代表者氏名															
	①事業所・施設名 ※正式名称を記入	共同生活援助くすのき		理事長	神戸 太郎															
	②事業所等所在地	〒 651 - 2181 神戸市西区〇〇町 〇〇番地 電話番号 078 - 〇〇〇 - ×××× FAX番号 078 - 〇〇〇 - ××××		申込責任者氏名	ふりがな あかし いちろう 明石 一郎															
連絡先メールアドレス ※間違いの無いようご記入ください。	〇〇〇@〇〇〇.lg.jp	連絡先メールアドレス ※確認の為、再度ご記入ください	〇〇〇@〇〇〇.lg.jp																	
※研修中はこのメールアドレスを使用します。英数字が正確に分かるようご記入をお願いします。																				
受講申込者情報	ふりがな	ひめじ	はなこ	④性別 (未記入可)	年齢															
	③受講申込者氏名 ※楷書体で正しく記入	姫路	花子	男 <input type="radio"/> 女 <input checked="" type="radio"/>	37歳															
	⑤生年月日	昭和・平成 59年 2月 1日																		
	⑥現在の職種	生活支援員																		
	⑦受講者連絡先	090 - 〇〇〇〇 - ××××																		
⑧受講者の現在勤務先 ※上記①と異なる場合のみ記入	名称	生活介護事業所のじぎく		Tel	079 - 〇〇〇〇 - ××××															
所在地	〒 675 - 0022 加古川市〇〇町〇〇番地																			
受講可否通知 発送用住所 (返信用封筒に記載の住所)	〒 675 - 0022 加古川市〇〇町〇〇番地 生活介護事業所のじぎく																			
受講申込者がサービス管理責任者等として従事予定の事業所情報	⑨事業所・施設名	共同生活援助こうのとり (予定)			※未定の場合は右欄に〇を記入															
	所在地	西宮市〇〇町 〇〇番地 (予定)			※未定の場合は右欄に〇を記入															
	事業種別	<table border="1"> <tr> <td>1 療養介護</td> <td>2 生活介護</td> <td>3 自立訓練(機能訓練)</td> <td><input checked="" type="radio"/></td> <td>4 共同生活援助</td> </tr> <tr> <td>5 自立訓練(生活訓練)</td> <td>6 自立生活援助</td> <td>7 就労移行支援</td> <td></td> <td>8 就労定着支援</td> </tr> <tr> <td>9 就労継続支援A型</td> <td>10 就労継続支援B型</td> <td>11 障害児通所支援</td> <td></td> <td>12 障害児入所支援</td> </tr> </table>				1 療養介護	2 生活介護	3 自立訓練(機能訓練)	<input checked="" type="radio"/>	4 共同生活援助	5 自立訓練(生活訓練)	6 自立生活援助	7 就労移行支援		8 就労定着支援	9 就労継続支援A型	10 就労継続支援B型	11 障害児通所支援		12 障害児入所支援
	1 療養介護	2 生活介護	3 自立訓練(機能訓練)	<input checked="" type="radio"/>	4 共同生活援助															
5 自立訓練(生活訓練)	6 自立生活援助	7 就労移行支援		8 就労定着支援																
9 就労継続支援A型	10 就労継続支援B型	11 障害児通所支援		12 障害児入所支援																
⑨の事業所での従事予定として複数名受講を申し込んでいる場合の当受講申込者の優先順位 位 / 名中																				
⑩受講申込理由 【③受講申込者が⑨の事業所で従事する理由】 ※番号の前に〇を記入の上、必要事項を記入(複数選択不可)	<input checked="" type="radio"/> 1 やむを得ない事由によりサビ児管が欠如となっており、サビ児管として配置している。 欠如発生日 令和 年 月 日 <input type="radio"/> 2 新規指定事業所として事業開始(予定) 開始(予定)日 令和 7年 1月 / 未定 受講者配置予定日 令和 7年 1月 / 未定 <input type="radio"/> 3 現任者との交代 交代(予定)時期 令和 年 月 日 交代理由 <input type="radio"/> 4 人事異動等の備え 配置(予定)時期 令和 年 月 予定 / 未定 <input type="radio"/> 5 その他 (具体的に)																			
⑪受講申込者がサービス管理責任者等の資格要件となる実務経験年数について	※様式第2号の各実務経験年数の合算を記載																			
相談支援業務 合計 5年 ヶ月	直接支援業務 合計 6年 3ヶ月	通算 11年 3ヶ月 (令和4年5月10日現在)																		
⑫合同講義・共通講義の希望日程(第2希望までを〇で選択:日程は別紙参照) ※必ずしもご希望に沿えない場合もありますのでご了承ください	<input checked="" type="radio"/> 第1回 <input type="radio"/> 第2回 <input checked="" type="radio"/> 第3回 <input type="radio"/> 第4回 <input type="radio"/> どの日程でも良い																			
⑬演習の希望日程(第4希望までを〇で選択:日程は別紙参照) ※必ずしもご希望に沿えない場合もありますのでご了承ください	<input type="radio"/> 第1回 <input checked="" type="radio"/> 第2回 <input type="radio"/> 第3回 <input checked="" type="radio"/> 第4回 <input type="radio"/> 第5回 <input type="radio"/> 第6回 <input checked="" type="radio"/> 第7回 <input checked="" type="radio"/> 第8回 <input checked="" type="radio"/> 第9回 <input type="radio"/> 第10回 <input type="radio"/> どの日程でも良い																			
⑭過去に相談支援従事者初任者研修(5日又7日間)又は合同講義部分(2日間)を受講済の方はどちらかの( )に〇を記入ください。	<input type="radio"/> 相談支援従事者初任者研修(5日又は7日間)を受講済(修了証書のコピー要) <input type="radio"/> 合同講義部分(2日間)を受講済(受講証明書のコピー要)																			
⑮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( )に〇印を記入ください。	<input type="radio"/> 手話通訳 <input type="radio"/> 車椅子用席 <input type="radio"/> 介助者動向 <input type="radio"/> その他(具体的に)																			
⑯相談支援従事者初任者研修(7日間)を同時に申し込んでいる場合は( )に〇印を記入すること。	<input type="radio"/> 相談支援従事者初任者研修(7日間)の申し込みあり																			

・上記の記載内容に相違ありません。(必ず受講申込者が本人が記載内容を確認の上、署名・押印すること)

受講者申込者氏名

姫路 花子

印

・本申込書の記載内容には相違ありません。また、記載内容に虚偽等があった場合は、受講取り消し等の措置が行われること了承します。

法人・会社等名称

社会福祉法人はばたん福祉会

事業所等名称

共同生活援助くすのき

法人・事業者等代表者

理事長 神戸 太郎

法人印

※代表者個人印不可(法人・事業所が設立準備中の場合を除く)

〇記載された個人情報、研修事業以外の目的に使用しません。