

<別紙2>

受付NO	

**【後期】 令和4年度大阪府サービス管理責任者等実践研修 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とることがあります

ふりがな				生年月日	昭和 平成	年	月	日	
申込者氏名 ※正確に記入してください									
自宅住所	〒 - (自宅/携帯☎ )								
受講決定者に送付するテキストは、上記自宅住所に送付します。									
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)		
所属事業所	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 (ひらがな)			
	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。 ☎ -						
基礎研修の修了状況 ※修了証書の写しを添付してください	④	相談支援従事者初任者研修(1日課程)修了年度				平成	年度		
		旧障がい者ケアマネジメント研修修了年度				平成	年度		
		相談支援従事者初任者研修(2日課程又は5日課程・7日課程)修了年月日				平成・令和	年	月	日
	⑤	旧サービス管理責任者等 研修修了年度	平成	年度	修了分野				
		※複数分野を修了している方は、最初に修了した分野の修了証書の写しを添付してください。	平成	年度	修了分野				
平成			年度	修了分野					
平成			年度	修了分野					
	サービス管理責任者等基礎研修修了年月日				令和	年	月	日	

↓上記④⑤の研修修了後から、後期 令和5年2月23日までの実務経験について以下に記載してください。

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 ※相談支援業務、直接支援業務は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	<b>※実践研修受講には④・⑤研修の修了後、通算2年以上の実務経験が必要です。</b> (基礎研修修了後の実務経験年数が2年未満の方はお申し込み受付できません。)								
	事業所名	業務内容 ※該当する番号に○	従事期間			年月			
		1. 相談支援業務 2. 直接支援業務 3. サービス管理責任者 4. 児童発達支援管理責任者	令和	年	月	年	月	日 (日数: 日)	
		1. 相談支援業務 2. 直接支援業務 3. サービス管理責任者 4. 児童発達支援管理責任者	令和	年	月	年	月	日 (日数: 日)	
		1. 相談支援業務 2. 直接支援業務 3. サービス管理責任者 4. 児童発達支援管理責任者	令和	年	月	年	月	日 (日数: 日)	
		1. 相談支援業務 2. 直接支援業務 3. サービス管理責任者 4. 児童発達支援管理責任者	令和	年	月	年	月	日 (日数: 日)	
	通算						年	月	日 (日数: 日)

従事状況	サービス管理責任者 児童発達支援管理責任者 } として	<input type="checkbox"/> 現に従事している (経過措置によるみなし配置)
※該当するものに チェック☑		<input type="checkbox"/> 現在は従事していないが、本研修修了後、従事する予定
		<input type="checkbox"/> 現在は従事していないが、配置・交代が必要になった場合に備え、本研修を受講する
		<input type="checkbox"/> 現在、従事しておらず今後も従事する予定がない

<p>現在、サービス管理責任者 児童発達管理責任者として 従事している又は 今後従事する予定の事業所 及び実施事業種別</p> <p>※法人・会社名など 必ず正式名称を 記入してください。</p>	法人・企業等名				<input type="checkbox"/> 所属事業所と同じ		
	事業所等名	事業所所在市区町村		市町村	区		
	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. 就労移行支援 4. 就労定着支援 5. 就労継続支援A型 6. 就労継続支援B型 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. 放課後等デイサービス 11. 児童発達支援 12. 保育所等訪問支援 13. 障がい児入所支援 14. 医療型児童発達支援 15. 市町村・府機関 16. 重度障がい者等包括支援 17. 短期入所 18. その他（ ）					
	<input type="checkbox"/> 従事する事業所が未定、又は従事する予定がない方はチェックしてください。						
	※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。						
	事業所指定番号		指定年月日	平成	年	月	日
	<input type="checkbox"/> 既存事業所	<input type="checkbox"/> 受講申込者の 配置年月日	<input type="checkbox"/> 令和	年	月	日	※いずれかに 記載必須
		<input type="checkbox"/> 受講申込者の 配置予定年月日	<input type="checkbox"/> 令和	年	月	日	
	<input type="checkbox"/> 新規事業所	申請先【市町村】	【担当課】	※申請内容を確認することがありますので、ご記入ください。		【連絡先】	
		事業開始(予定) 年月日	<input type="checkbox"/> 令和	年	月	日	※必須
受講申込者の 配置予定年月日		<input type="checkbox"/> 令和	年	月	日	※必須	
厚生労働省で定める人員基準上、サービス管理責任者・児童発達支援管理責任者を配置しなければならない人数					( )人		
同一事業所から複数名申し込みをする場合の優先順位 (下記に複数申込者の方の氏名)		( )人中	( )人目				
1人目( )		2人目( )		3人目( )			
本研修修了後の 従事予定	※修了証書が異なりますので、サービス管理責任者及び児童発達支援管理責任者として従事予定がない方も必ず いずれかに○をつけてください。 ※配置に係る実務経験を満たさない種別は選択できません。サービス管理責任者と児童発達支援管理責任者双方の 実務経験を満たす方は、一方の修了証書で双方従事することが可能です。						
※実務経験を満たしているかどうかは、従事する事業所のある市町村の指定権者に確認してください。	1. サービス管理責任者                      2. 児童発達支援管理責任者 <input type="checkbox"/> 選択した種別の配置に係る実務経験を満たしている方はチェックしてください。						
※以下の【推薦欄】は法人/事業所等代表者（推薦者）が記入して下さい。							
【推薦欄】	受講申込者については、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、上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了承します                      令和    年    月    日						
法人・企業等名	_____						
法人の所在地	_____						
法人の電話番号	_____						
役職名/法人・事業所等代表者名	_____						
※個人印は不可、コピー不可							
※推薦が得られない場合は必ず【理由欄】へ記入してください							
理由欄	<input type="checkbox"/> サービス管理責任者等として、従事する事業所が未定のため <input type="checkbox"/> 法人設立予定のため推薦が得られない <input type="checkbox"/> その他（ ）						
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）						