

# 令和5年度大阪府サービス管理責任者等基礎研修 受講申込書(実施:社会福祉法人 大阪府障害者福祉事業団)

<申込の前に必ずお読みください>

- ※配置予定の法人・事業所の代表者から推薦を受けて、必ず本人が入力してください。
- ※推薦が得られない場合は、理由欄の該当部分にチェックをしてください。
- ※虚偽の内容により申込をされた場合は、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。
- ※募集要項の内容をご確認のうえ、お申し込みください。

【申込・入力についてのご注意】

- **英数文字は半角**入力してください。
- 入力内容に誤りがある場合、申込が正しく完了できない場合がありますので、ご注意ください。
- 送信完了後、入力したメールアドレスに内容確認の自動返信メールが届きます。  
①自動返信メールが届かない、②申込フォームに入力の不備がある場合は、研修事務局までご連絡ください。

## 1.受講申込者について

**必須** 申込者氏名

- 修了証書に明記しますので、氏名の漢

常用漢字以外を使用

- 常用漢字以外を使用の方は、添付フ

• 修了証書に明記しますので、氏名の漢字を正確にご記入ください

• 常用漢字以外を使用されている方は、常用漢字以外を使用 にチェックをし、添付ファイルの『推薦書』の申込者氏名に正確に記入してください

**必須** 申込者氏名・ふりがな

• 直接年月日の場所に数字を記入するか、枠内右にあるカレンダーマークをクリックすると年月日を選択することができます

**必須** 生年月日

- 直接入力又は枠内右にあるカレンダーマークより選択

年/月/日 

• 番地、マンション名、部屋番号まで正確に記入してください

**必須** 自宅住所

- ハイフンあり、半角数字で入力
- 受講可否及びテキストを自宅住所に送

• 受講の可否通知とテキストを自宅住所に郵送しますので、正確に入力してください

【 選択して下 ▾ 】

送付先に自宅住所を希望しない

• 送付先に自宅住所を希望しない場合はチェックしてください

・受講可否及びテキストの送付先に自宅住所を希望しない方は、「現在従事している事業所の所在地住所」に送付します。

**必須** 申込者電話番号・ハイフンあり、半角数字で入力

**必須** メールアドレス・半角英数字で入力

・受付完了後、メールが届きますので、確認できるメールアドレスを正しく入力してください

**必須** メールアドレス（確認のためもう一度）

**必須** 研修受講における配慮事項

・配慮が不要の場合は、不要を選択

必要  不要

・配慮が必要な方は、どのような配慮が必要か入力してください

配慮について【必要】な方は、該当する項目にチェックしてください

車いす（電動）  車いす（手動）  手話通訳  要約筆記  点字資料

拡大文字  杖の使用

その他

同行介助者

有  無

**必須** 令和5年度以降の申込状況について

(1回目) 今年度初めての申し込み

(2回目) 大阪府社会福祉事業団（R5.4.28～5.15 募集回）または、大阪府地域福祉推進財団（R5.6.28～7.14 募集回）のいずれかに申し込んだが、不決定になった

(3回目) 大阪府社会福祉事業団（R5.4.28～5.15 募集回）および、大阪府地域福祉推進財団（R5.6.28～7.14 募集回）に申し込んだが、不決定になった

## 2.現在従事している事業所及びサービス種別について

**必須** 現在事業所に

従事している  従事していない

**必須** 法人・企業等名

・正式名称を入力してください

**必須** 事業所名

事業所所在地

・ハイフンあり、半角数字で入力

【選択して下▼】

・番地、建物名、部屋番号まで正確に入力してください（番地等は半角数字で入力）

事業所電話番号

・ハイフンあり、半角数字で入力

問い合わせ担当者・氏名

問い合わせ担当者・ふりがな

問い合わせ担当者・電話番号

事業所電話番号と同じ

上記電話番号と異なる場合

・ハイフンあり、半角数字で入力

・退職予定等により現在従事している事業所への連絡を希望されない場合は、担当者名と連絡先を必ず記入してください

事業サービス種別

- 療養介護
- 生活介護
- 施設入所支援
- 就労移行支援
- 就労継続支援 A 型
- 就労継続支援 B 型
- 就労定着支援
- 自立訓練（機能訓練）
- 自立訓練（生活訓練）
- 共同生活援助
- 自立生活援助
- 障がい児通所支援
- 障がい児入所支援
- 市町村・府機関
- その他

### 3. サービス管理責任者・児童発達支援管理責任者として 配置されるための要件について

必須実務経験年数（令和 5 年 12 月 19 日時点）

※管理者は実務経験年数に含みません。兼務の場合は管理者以外の業務をチェックしてください。

※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。

※ご自身の業務内容および業務年数で要件を満たしているか等の詳細については従事を予定している事業所のある市町村の指定担当部局に確認してください。

- ・実務経験がない場合は、0年0ヶ月を選択してください。

①相談支援業務

【(年) 選択して▼】 【(ヶ月) 選択して▼】

②直接支援業務

【(年) 選択して▼】 【(ヶ月) 選択して▼】

【自動計算】ここをクリック

計 (①+②)

【(年) 選択して▼】 【(ヶ月) 選択して▼】

**必須** 資格

- ・実務経験証明書の提出は不要です

- 資格なし
- 社会福祉主事任用資格
- 児童指導員任用資格、幼・小・中・高教員免許
- 精神障がい者社会復帰指導員
- 保育士
- 訪問介護員2級以上に相当する研修修了者

—以下、国家資格—

- 介護福祉士
- 社会福祉士
- 精神保健福祉士
- 理学療法士
- 柔道整復師
- 看護師
- その他国家資格

国家資格による業務


※介護福祉士・社会福祉士・精神保健福祉士・理学療法士・柔道整復師・看護師・その他国家資格に基づき当該資格に係る業務に従事した期間

【(年) 選択して▼】 【(ヶ月) 選択して▼】

**必須** 相談支援従事者初任者研修(2日課程、5日課程又は7日課程)の受講状況

受講済

- ・直接入力又は枠内のカレンダーマークより選択  
受講済

年/月/日 

OR

受講予定

- 2023年（令和5年）10月（大阪府社会福祉事業団開催分に申し込み済）
- 2024年（令和6年）2月（大阪市障害者福祉・スポーツ協会開催分に申し込み予定）
- 2023年度（令和5年度）に、府外で受講予定
- 2024年度（令和6年度）以降に申し込み予定

OJT実施（予定）事業所

- 現在従事している事業所にて実施予定
- 別の事業所にて実施予定（下記に実施事業所の情報を入力）
- 未定

法人・企業等名

事業所等名

電話番号

- ・ハイフンあり、半角数字で入力

#### 4. 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

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

- 決まっている
- 決まっていない

法人・企業等名

- ・正式名称を入力してください
- ・決まっていないを選択した方は未定を入力

事業所名

- ・決まっていないを選択した方は未定を入力

事業所のある市町村

都道府県

- ・決まっていないを選択した方も必ず選択してください

市町村

区

事業種別

- 療養介護

- 生活介護
- 施設入所支援
- 就労移行支援
- 就労継続支援A型
- 就労継続支援B型
- 就労定着支援
- 自立訓練（機能訓練）
- 自立訓練（生活訓練）
- 共同生活援助
- 自立生活援助
- 障がい児通所支援
- 障がい児入所支援
- その他

**必須** 従事予定

※修了証書が異なりますので、いずれかにチェックしてください。

- サービス管理責任者
- 児童発達支援管理責任者

**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等を配置しなければならない員数

・決まっていないを選択した方は1を入力

 人

## 5. 事業開始および受講申込者の配置について

・A～Eのいずれかを選択し、内容を入力してください

- A.事業開始および配置予定の事業所がない
- B.既存事業所の1人目
 

※既存の事業所に、実践研修修了後1人目サビ管等として配置予定の方

※事業規模を拡大する予定があり、今後サビ管等を複数配置する見込みのある場合も、こちらに入力して下さい。
- C.新規事業所の1人目
 

※新規事業所に、実践研修修了後
- D.既存の事業所の2人目以降
 

※**申込時点**において、既存の事業所で複数名のサビ管等の配置が必要な事業所で、既に1人目サビ管等が配置されており、2人目以降が不在となるため、2人目以降のサビ管等としてみなし配置を予定されている方に限ります。

※Dを選択された事業所については、配置状況について指定担当部局に確認する場合があります。
- E.やむを得ない事由によりサビ管等が欠けた事業所に配置される予定者

・サビ管等を配置しなければならない法的な人数(利用者定員等によって定められています)が**2人以上**で、欠員が発生している又は今後する事業所のみ選択可

【B.既存事業所の1人目を選択された方は下記を入力してください。】

**必須** 事業所番号

**必須** 事業所の指定年月日

・直接入力又は枠内のカレンダーマークより選択

年/月/日



**必須** 受講申込者の配置（予定）年度

- 令和7年度までに
- 令和8年度中
- 令和9年度以降
- 配置・交代に備えて申し込む
- 配置時期は未定

【C.新規事業所の1人目を選択された方は下記を入力してください。】

**必須** 申請予定先【都道府県】

【選択して下▼】

申請予定先【市町村】

担当課

**必須** 事業開始（予定）年度

【選択して下▼】

**必須** 受講申込者の配置（予定）年度


- 令和7年度までに
- 令和8年度
- 令和9年度以降
- 配置交代に備えて申し込む
- 配置時期は未定

【D.既存の事業所の2人目以降を選択された方は下記を入力してください。】

**必須** 事業所番号

**必須** 事業所の指定年月日

・直接入力又は枠内のカレンダーマークより選択

年/月/日 

**必須** 当該事業所の利用者定員及びサビ管等の配置状況について

申込時点において、利用者定員が30名以上のため、サビ管等が2名以上必要

申込時点において、利用者定員が60名以上のため、サビ管等が2名以上必要

その他サビ管等を法的に複数名配置しなければならない事由

**必須** 受講申込者の配置（予定）年月日

令和5年度

令和6年度

【E.やむを得ない事由によりサビ管等が欠けた事業所に配置される予定者を選択された方は下記を入力してください。】

**必須** 事業所番号

**必須** 事業所の指定年月日

・直接入力又は枠内のカレンダーマークより選択

年/月/日 

**必須** 受講申込者の配置（予定）年月日

・直接入力又は枠内のカレンダーマークより選択

年/月/日 

**必須** 変更届出書（指定担当部局に受理）

・ファイル名は『申込者氏名 変更届出書』としてください

ファイルを選択

- ・ファイルの形式 jpg, jpeg, gif, pdf のみとなります。
- ・ファイルのサイズは、3MB を超えないようにしてください。
- ・ファイル名は、申込者氏名 変更届出書にしてください。

## 6. 推薦について

**必須** 配置予定の同一事業所から複数名申し込みをする場合の優先順位について

複数名申し込みなし  複数名申し込みあり

申込者の優先順位



【選択して下▼】人中 【選択して下▼】位

・下記に氏名を入力

1位

2位

3位

**必須** 推薦について

- 推薦がある（推薦欄と自署欄に記入）
- 推薦が得られない（自署欄のみに記入）

**必須** 推薦書を添付してください。

・推薦が得られない（自署欄のみに記入）を選択した方も、別紙1「推薦書」は添付してください。

ファイルを選択

- ・ファイル名は『申込者氏名 推薦書』としてください
- ・推薦が得られない方も添付必須

- ・ファイルの形式は jpg,jpeg,png,gif,pdf のみとなります。
- ・ファイルのサイズは、3MB を超えないようにしてください。
- ・ファイル名は、『申込者氏名 推薦書』にしてください。

推薦を得られない理由

・推薦を得られない方は、下記より理由を選択してください

- サービス管理責任者又は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
- 法人設立予定のため推薦が得られない
- その他の理由

**必須** 確認（すべてにチェック）

- 本研修の受講申し込みにあたり、学則及び募集要項に記載の内容について了承し、本申し込みフォームに虚偽なく入力しました。
- 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。
- 本研修の申し込みにあたり、研修事業者が得た個人情報 は 公的機関へ提出する場合を除き、本研修以外では使用しないことについて了承します。また本申込フォームにて入力頂いた個人情報については返却されないことを了承します。

確認画面へ

（まだ申込は完了していません）