

【2日課程】

令和6年度大阪府相談支援従事者初任者研修 受講申込フォーム

(実施法人: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＞

※本研修は、**サービス管理責任者・児童発達支援管理責任者**として従事しようとする方のための研修です。

※必ず本人が入力のうえ、配置予定の法人・事業所の代表者から推薦を受けてください。

※虚偽の内容により申し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。

※募集要項の内容をよくご確認の上、お申し込みください。

【申込・入力についてのご注意】

- ・英数文字は必ず半角にて入力ください。
- ・各入力項目は正確に入力してください。入力内容に誤りがありますとお申し込みが正しく完了できない場合があります。
- ・送信完了後に、入力され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。自動返信メールが届いていない場合はお申し込みが完了していない場合があります。
- ・メールは不受理や受講決定、連絡事項等に使用します。必ず連絡が取れるメールアドレスを入力してください。迷惑メール防止機能などにより、迷惑メールフォルダやゴミ箱に自動的に振り分けられている可能性がありますのでご注意ください。

1. 受講申込者について

必須 申込者氏名

※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

修了証書に明記しますので、氏名の漢字を正確にご入力ください

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、表示される欄に該当文字を入力してください。また添付ファイルの『推薦書』の申込者署名欄に正確に記入してください

必須 申込者氏名（ふりがな）

必須 生年月日

直接年月日の場所に数字を入力するか、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 自宅住所

※テキストを自宅住所に郵送しますので、番地、マンション名、部屋番号まで正確に入力して下さい。

郵便番号

※数字は

テキストを事業所に送付希望の方は、マンション名欄の入力の最後に「テキスト事業所に送付希望」と入力してください

【選択して下▼】

番地まで正確に入力してください

必須 申込者電話番号

※数字は

マンション名、部屋番号まで正確に入力してください

テキストを事業所に送付希望の方は、マンション名欄の入力の最後に「テキスト事業所に送付希望」と入力してください

必須 メールアドレス

メールは不受理や受講決定、連絡事項等に使用します。必ず連絡が取れるメールアドレスを入力してください。迷惑メール防止機能などにより、迷惑メールフォルダやゴミ箱に自動的に振り分けられている可能性がありますのでご注意ください。

必須 メールアドレス（確認のためもう一度）

半角・大文字等正確に入力してください
手入力推奨

必須 研修受講における配慮事項

必要 不要

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。

手話通訳 要約筆記 点字資料 拡大文字

その他

2.現在従事している事業所について

必須 現在従事している事業所及び実施事業種別

※法人・会社名など必ず正式名称をご入力ください。

従事している 従事していない

法人・企業等名(正式名称)

事業所等名

事業所等所在地

※数字は半角、ハイフンありで入力

【選択して下▼】

番地まで正確に入力してください

マンション名、部屋番号まで正確に入力してください

事業所等電話番号

※数字は半角、ハイフンありで入力

問合せ担当者名

問合せ担当者名ふりがな

担当者連絡先

- 事業所電話番号と同じ
- 上記電話番号と異なる場合

※数字は半角、ハイフンありで入力

事業種別 ※該当するすべてにチェックしてください。

- 療養介護
- 生活介護
- 就労支援
- 障がい児支援
- 自立訓練（機能訓練・生活訓練）
- 共同生活援助
- 自立生活援助
- 市町村・府機関
- 相談支援
- 居宅・訪問介護・同行支援
- 高齢福祉関係
- 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の 申込者の実務経験年数等について

- 必須** サービス管理責任者等の要件となる実務経験年数（令和6年6月20日時点の見込み）
※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。
※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予定の事業所のある市町村の指定権者に確認してください。
※①または②に経験がない場合、0年0ヶ月を選択してください。

必須 ①相談支援業務

実務経験証明書、経歴書等の提出は不要です

【（年）選択して▼】 【（ヶ月）選択して▼】

必須 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

必須 計（①+②）

①相談支援業務と②直接支援業務を合計した年数

通算

【 (年) 選択して▼

【 (ヶ月) 選択して▼

必須 資格

資格なし 資格あり

資格ありを選択するとプルダウンメニューが表示されるので取得済みの資格を一つ選択してください

国家資格の有無

なし あり

ありを選択するとプルダウンメニューが表示されるので取得済みの資格を一つ選択してください

※上記国家資格による業務に従事した期間

【 (年) 選択して▼

【 (ヶ月) 選択して▼

必須 サービス管理責任者等基礎研修の受講状況

※サービス管理責任者、児童発達支援管理責任者になるための必須研修です

受講済み

受講年月日

※修了証書の日付を入力して下さい

【 選択(年)▼

【 選択(年)▼ 年

【 選択(月)▼ 月

【 選択(日)▼ 日

未受講

- 2024 (令和6) 年 8~9 月・大阪府社会福祉事業団開催分に申し込み予定
- 2024 (令和6) 年 10~12 月・大阪府地域福祉推進財団開催分に申し込み予定
- 2025 (令和7) 年 1~3 月・当法人開催分に申し込み予定
- 府外で受講予定

必須 OJT (サービス管理責任者のもとで積む実務経験) を実施する事業所

- 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 (下記に実施場所の詳細を入力)

OJT については当法人の HP にあります Q&A をご覧ください

法人・企業等名

事業所等名

事業所等所在地等

※数字は半角、ハイフンありで入力

電話番号

番地、マンション名、部屋番号まで正確に入力してください

※数字は半角、ハイフンありで入力

必須 令和5年度の相談支援従事者初任者研修【2日課程】の申込状況

- 令和5年度大阪府障害者福祉事業団開催分に申し込んだ
- 令和5年度大阪府社会福祉事業団開催分に申し込んだ
- 令和5年度大阪市障害者福祉・スポーツ協会開催分に申し込んだ

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

必須 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法人・団体が

- 決まっている 決まっていない

必須 配置予定事業所・施設名

※決まっていない場合は未定と入力

必須 事業所所在市区町村

都道府県

【選択して下▼】

市区町村

【選択して下▼】

区

大阪市・堺市の場合は区まで入力してください

必須 事業種別

※該当するものにチェックしてください。

- 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・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

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人数
※従事する事業所が決まっていない場合は1人と入力

人

厚生労働省で定める人員基準上については当法人 HP にあります Q&A をご覧ください

例) 就 B で利用者数が 60 人以下だと、その事業所の法的人員基準は 1 人となります

必須 事業所の現在の利用者数

※新規に立ち上げる事業所の方は 0 人と入力

人

事業所の利用者定員数

※新規に立ち上げる事業所の方は予定を入力

人

5. 事業開始および受講申込者のサービス管理責任者等としての配置について

必須 ※以下の A~D のいずれかにチェックして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 B. 既存事業所
配置予定の事業所について該当するものを選択し、表示される項目について正確に入力してください。

※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

※2 人目以降のサビ管等として OJT を実施予定で、将来 1 人目サビ管として配置予定の方も B を選択してください。

※事業規模の拡大等に伴うサビ管等の増員見込みの方も B を選択してください。

C. 新規事業所

※新規事業所に、実践研修修了後 1 人目サビ管等として配置予定の方

D. 既存事業所の 2 人目以降

※**申込時点(令和 6 年 4 月 22 日現在)**において、1 事業所あたりのサビ管等の法的人員基準が 2 人以上の事業所で、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予定の方に限ります。

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

6. 推薦について

必須 『同一配置事業所』へ複数名申し込みする場合の優先順位

※配置予定の事業所等代表者に確認し、正確に記入してください

※下記に複数申込者の氏名を記入

複数名申し込みなし 複数名申し込み

複数の申込者が同じ事業所へ配置予定の場合は、申込者同士で優先順位をつける必要があります

一つの事業所へ複数人申し込みの場合の **【選択】** 人申込のうち 優先順位 **【選択】** 番目

1 位 優先順に氏名を入力してください

2 位

3位

4位

必須 推薦書の画像添付についてチェックをしてください。

推薦がある（推薦欄と自署欄に記入）

推薦法人名（サービス管理責任者等として配置予定の事業所のある法人）

推薦が得られない方も推薦書は必ず添付してください

推薦が得られない（自署欄のみに記入）

推薦書様式（参考画像）



必須 作成した 別紙 1「推薦書(2日課程)」を添付してください。

※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、申込者氏名にしてください。

※他法人の推薦書様式での申し込みや推薦書の

添付がない等の場合は無効となり不受理となります。

・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、申込者氏名にしてください。

ファイル選択

推薦が得られない場合は必ず下記にチェック

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、本申込フォームに虚偽なく入力いたしました。

推薦者からの推薦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。

本研修の申込にあたり、研修事業者が得た個人情報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

（まだ申込みは完了していません）