

様式1
(2日課程)

受付No		
No		

平成30年度大阪府相談支援従事者初任者研修(2日課程) 受講申込書及び推薦書

※必ず本人が自筆で記入のうえ、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。ただし、本人が自筆出来ない場合は代筆を可とします。
※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受付をいたしません。

ふりがな		性別	男	・	女
受講申込者氏名		生年月日	昭和	年	月 日
			平成		
ご自宅の住所	〒 -				
受講申込者問い合わせ先 <small>※平日の日に連絡可能な電話番号</small>	1. 所属事業所 2. 自宅 3. 携帯電話 4. 担当者(カタカナ)【 】 (-) ※2~4に○をつけられた方は必ず電話番号をご記入ください。				
現在従事している 事業所及び 実施事業種別	法人・企業名				
	事業所名				
	事業所在地	〒 -			
	事業所電話番号		事業所所在 市区町村		
	事業種別 <small>該当するものすべてに○をつけてください。</small>	1. 療養介護 2. 生活介護 3. 就労移行支援 4. 就労継続支援(A型・B型) 5. 自立訓練(機能訓練・生活訓練) 6. 共同生活援助 7. 障がい児通所支援 8. 障がい児入所支援 9. 市町村・府機関 10. 一般相談支援(地域移行・定着) 11. 特定相談支援(計画相談) 12. 障がい児相談支援 13. 居宅介護 14. 重度訪問介護 15. 行動援護 16. 同行援護 17. 重度障がい者等包括支援 18. 短期入所 19. 施設入所支援 20. 高齢福祉関係 21. 基幹相談支援センター 22. 自立生活援助 23. 就労定着 24. その他()			
研修受講にあたり 配慮すべき事項	有・無	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. 同行介助者 有・無 7. その他()			
サービス管理責任者・ 児童発達支援管理責任者 として配置される予定の 事業所について (配置予定日までに 実務経験要件を 満たすこととします)	事業所名 (未定でも可)		事業所所在 市区町村	市	区
	事業申請状況 <small>※該当するものに○をつけてください</small>	1. 障がい福祉サービス事業所番号() 2. 申請中 3. これから申請			
	事業開始年月日 <small>※予定を含む</small>	平成	年	月	日
	サービス管理責任者等として指定権者に <small>※「届け出ている」にチェックをした方は、指定権者に提出した「研修等受講誓約書」写しを必ず提出してください。</small>	<input type="checkbox"/> 届け出ている <input type="checkbox"/> 届け出していない			
配置年月日 <small>※予定を含む</small>	平成	年	月	日	<input type="checkbox"/> 平成 年度中に配置予定 <input type="checkbox"/> 配置年度未定
事業種別 <small>あなたが配置される事業種別に○をつけてください。</small>	1. 療養介護 2. 生活介護 3. 就労移行支援 4. 就労継続支援A型 5. 就労継続支援B型 6. 自立訓練(機能訓練・生活訓練) 7. 共同生活援助 8. 障がい児通所支援 9. 障がい児入所支援 10. 市町村・府機関 11. その他()				
実務経験年数等 サービス管理責任者等の実務 経験要件に該当するもの	勤務先名称(法人・企業名・事業所名等)	業務内容 (相談支援・直接支援等)	勤務年月数 (平成30年8月31日時点)		
			年 月		
			年 月		
			年 月		
			年 月		
資格等(記載のない場合は、無資格とみなします。 ※参考1、2を参照)	合計勤務年月数(上記年月数の合算)		____年____月 (平成30年8月31日時点)		

今回の申込に係る状況

- ① 「指定障害福祉サービスの提供に係るサービス管理を行う者として厚生労働大臣が定めるもの等」(平成18年厚生労働省告示第544号)の規定により研修を修了せずサービス管理責任者として配置されている者又は「障害児通所又は障害児入所支援の提供の管理を行う者として厚生労働大臣が定めるもの」(平成24年厚生労働省告示第230号)(以下「サービス管理責任者等告示」という。)の規定により研修を修了せず児童発達支援管理責任者として配置されている者で、研修を修了しなければサービス管理責任者又は児童発達支援管理責任者の要件を満たさない者
- ② 今年度に研修を修了することにより、**今年度**に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配置予定の者のうち1人目の者
- ③ 今年度に研修を修了することにより、**翌年度**に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配置予定の者のうち1人目の者
- ④ サービス管理責任者又は児童発達支援管理責任者の要件である**実務経験を満たしている者**で、サービス管理責任者又は児童発達支援管理責任者の**配置・交代**が必要になった場合に備え、資格を用意しようとする者
- ⑤ 上記以外の者については、事業の開始予定年度と実務経験の期間を勘案し優先順位をつけるものとする。

上記①～⑤のうち、該当する番号を記入してください。 →

※ ②及び③については、厚生労働省令で定める人員基準により配置が義務付けられている場合は、申込者2人目以降の者も当該順位に該当することとする。その場合、下記の「申出欄」にその理由を必ず記入してください。記入のない場合は、受講決定の際に一切考慮いたしません。

申出欄 ※同一事業所の同一事業に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するために2人以上申し込まれる場合は、その理由についていずれか1つにチェックを入れてください。

厚生労働省令で定める人員基準上、サービス管理責任者を複数人配置しなければならないため

⇒ 前年度の実利用者数(新規の場合は定員×0.9名)が 名

その他の理由

()

推薦欄

上記の者については、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、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、受講者として推薦いたします。

同一事業所から2人以上申し込みする者のうち
人中 人目

平成 年 月 日

法人・企業等名

事業所等名

法人・事業所等代表者名

法人印または事業所印

受講申込者署名欄

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了承し、本申込書に虚偽なく記入いたしました。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。

平成 年 月 日

※必ず自筆ください。

受講申込者署名

理由書 ※推薦が得られない場合および指定権者へ照会することに了承できない場合は必ず理由を記入してください。

平成 年 月 日

受講申込者署名

情報提供の同意確認欄 ※必ず下記どちらかに☑を記入してください(受講の可否には影響しません)。

申込書に記入した内容と受講後の修了状況について、大阪府等指定権者に対し情報を提供することを、

了承します

了承しません