

別紙①（表面）

受付番号

平成 30 年度大阪府サービス管理責任者等研修受講者推薦および申込書

※必ず本人が記入のうえ、事業所等代表者から推薦を受けてください。なお推薦欄以下項目については推薦者をご記入ください。
 ※各項目について記入漏れのないよう正確に記載してください。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 | | 性 別 | 男 ・ 女 | | |
| 受講者氏名 | | 生年月日 | 昭和・平成 | 年 | 月 日 |
| ご自宅住所 | 〒 — | | | | |
| 現在所属している事業所、及び従事している事業所 ※法人・会社名など、必ず正式名称を記入してください。 | 法人・会社名 | | | | |
| | 事業所名・施設名 | | | | |
| | 事業所所在地 | 〒 — | | | |
| | 事業所電話番号 | ☎ — — | 問合せ担当者 | | |
| | 受講者電話番号 | ☎（携帯） — — | | | |
| 事業種別 ※該当する全ての番号に○を付けて下さい | 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（ ） | | | | |
| 受講希望分野 ※申し込みされる分野に○をしてください。 | A. 介護分野 <療養介護、生活介護> | | | | |
| | B. 地域生活（身体）分野 <機能訓練> | | | | |
| | C. 地域生活（知的・精神）分野 <自立訓練（生活訓練）、共同生活援助> | | | | |
| | D. 就労分野 <就労移行支援、就労継続支援（A型、B型）> | | | | |
| | E. 児童発達支援管理責任者 <障がい児入所支援、障がい児通所支援> | | | | |
| サービス管理責任者等研修の修了状況 ※1か2の該当する番号に○をしてください。 ※2の場合は★項目にチェックを入れてください。 | 1. 今回受講するまでこの研修は受講したことがない ※相談支援従事者研修は含みません | | | | |
| | 2. 前年度までに他の分野を修了、または別の研修事業者で他の分野を修了している。 ※サービス管理責任者等研修の修了証書の写しを必ず添付してください 受講修了分野（ ） | | | | |
| | ★全体講義受講についてどちらかにチェック☑をしてください。 <input type="checkbox"/> 今回の全体講義を受講する <input type="checkbox"/> 受講しない ※原則受講して下さい。全体講義を受講しない場合も受講料は同額です。 | | | | |
| 研修受講にあたり配慮すべき事項 | 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 ） | | | | |

別紙①（裏面） 受講者氏名： _____

受付番号 _____

| | | | |
|--|--|--|---------------------|
| 実務経験年数 ※勤務年数の合計が通算年月となるように記入してください。 ※事業者指定の要件を満たすことを確認するものではありません。 | サービス管理責任者等の要件となる実務経験年数 通算 _____ 年 _____ 月（H30年8月時点） | | 資格等（例：介護福祉士、社会福祉士等） |
| | 勤務先種別（該当する種別と業務内容に○をご記入ください） | | 勤務年数 |
| | 【現職】・障がい者（児）・高齢・その他（ _____ ） 相談支援・直接支援 | | _____ 年 _____ 月 |
| | 【前職】・障がい者（児）・高齢・その他（ _____ ） 相談支援・直接支援 | | _____ 年 _____ 月 |
| サービス管理責任者・児童発達管理責任者として受講申込者が従事する予定の事業所について ※既にサービス管理責任者・児童発達管理責任者として配置されている方は「誓約書の写し」を添付してください。 | 事業所名 _____ | 事業所所在地 地市町村 _____ | |
| | ※該当するものに○をしてください 1. 既存事業所（指定No. _____ ） 2. 申請中 3. 事前協議中 4. これから申請 | | |
| | 事業開始年月日（予定を含む） | | |
| | 平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日 <input type="checkbox"/> 平成 _____ 年度中に開始予定 <input type="checkbox"/> 開始年度未定 | | |
| | 申込時に受講申込者がサービス管理責任者・児童発達支援管理責任者としての配置 | | |
| | サービス管理責任者として指定権者に <input type="checkbox"/> 届けている <input type="checkbox"/> 届けていない ※届けているにチェックをした方は『誓約書』の写しを添付してください。 | | |
| 配置年月日（予定を含む） | | | |
| 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 <input type="checkbox"/> 予備として | | | |
| 事業種別 ※該当するもの全てに○を付けてください | | 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（ _____ ） | |
| 受講者署名欄 | | | |
| 本研修の受講にあたり学則および募集要項の内容を了承し推薦欄のとおり推薦を受けて申込みことに間違いはありません。また、推薦者から推薦の取下げがあった場合はそれに従います。 記載内容および提出書類に関して、事業所または市町村指定担当部局に照会や問合せをする事に了承します。 | | | |
| 平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日 _____ 受講者署名 _____ 印 | | | |
| 理由欄 ※法人（事業所）等代表者から推薦が得られない場合、および大阪府・市町村への情報提供に了承されない場合に記入してください。 | | | |
| ▼これより下の項目は法人/事業所等代表者（推薦者）が記入して下さい。 | | | |
| 推薦欄 本申込書に記載した内容について相違ないことを確認し上記の者を受講者として推薦いたします。 平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日 | | | |
| 法人名 _____ | | 事業所名 _____ | |
| 法人（事業所）等代表者名 _____ | | 公 印 | |
| ▼同一事業所の同一事業に複数人を推薦する場合は下記に<input checked="" type="checkbox"/>を入れ員数を記入してください。 | | | |
| <input type="checkbox"/> 同一事業所の同一事業に配置するために複数申し込みをする者のうち _____ 人中 _____ 人目 | | | |
| <input type="checkbox"/> 前年度の実利用者数（新規の場合は定員×0.9）が _____ 人のため、規定によりサービス管理責任者等を _____ 名配置することが義務付けられているため。 | | | |
| <input type="checkbox"/> その他の理由（ _____ ） | | | |