

<記入見本>

受付NO	
------	--

【別紙①】

令和元年度大阪府サービス管理責任者等基礎研修 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講ずることがあります

ふりがな	ざいだん	たろう	男	昭和・平成	49年	9月	11日生	
申込者氏名 ※正確に記入してください	財団	太郎	女	受講者電話番号(平日の日中に連絡がつく電話番号) ☎ 090 - 0000 - 0000				
自宅住所	〒542-0012 大阪府大阪市中央区谷町7丁目4番15号							
研修受講における 配慮事項	1. 必要 <input checked="" type="radio"/> 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)	
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 記入してください	法人・企業等名	株式会社〇〇〇〇						
	事業所等名	〇〇〇事業所						
	事業所等所在地	〒542-0012 大阪府大阪市中央区谷町〇丁目〇-〇						
	事業所等電話番号	☎ 06 - 4304 - 3031	問合せ担当者名 (ひらがな)	●●●				
	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 <input checked="" type="radio"/> 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. 相談支援(一般・特定) 17. 障がい児相談支援 18. 重度障がい者等包括支援 19. 居宅介護 20. 重度訪問介護 21. 行動援護 22. 同行援護 23. 短期入所 24. 高齢福祉関係 25. その他()						
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	実務経験要件に 該当する資格等	<input checked="" type="radio"/> 1. 介護福祉士 2. 社会福祉士 3. 精神保健福祉士 4. 保育士 5. 訪問介護員2級以上に相当する研修の修了者 6. 社会福祉主事任用資格者 7. 児童指導員任用資格者 8. 精神障がい者社会復帰指導員 9. その他国家資格()						
	相談支援業務	3年 6ヶ月	サービス管理責任者等の要件となる実務経験年数 ※左記業務の年月数の合計になるように記入してください。					通算 8年 6ヶ月(令和元年10月30日時点) (うち、実際に業務に従事した日数 2040日) ※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。
	直接支援業務	5年 0ヶ月						
	国家資格による業務 ※上記以外に該当するもの	年 ヶ月						
※上記年数で要件を満たしているかについては指定権者で確認してください。								
OJT実施(予定) 事業所 ※児童発達支援管理責任 者として実務経験を満た さず受講する場合は必須 ※基礎研修修了後、5年の 期間内に2年間のOJTが必要	法人・企業等名							
	事業所等名							
	事業所等所在地	〒 -						

※午前9時～午後6時に連絡の取れる電話番号を記入してください。

(例)
実際に従事した日数
20日/月×12ヶ月=240日
240日/年×8年6ヶ月=2040日

※1年以上の実務経験とは、業務に従事した期間が1年以上であり、かつ、実際に業務に従事した日数が1年あたり180日以上であることを言うものとします。例えば5年以上の実務経験であれば、業務に従事した期間が5年以上であり、実際に業務に従事した日数が900日以上であることを言います。

<記入見本>

申込者氏名	財団 太郎	受付NO	
-------	-------	------	--

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従事する予定の事業所について

事業所・施設名	▲▲▲事業所	事業所所在 市区町村	大阪府中央区
事業種別 <small>※該当するものに○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. 就労定着支援 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. 障がい児通所施設 11. 障がい児入所施設 12. 市町村・府関係 13. その他()		
従事予定	※修了証書が異なりますので、必ずいずれかに○をつけてください。 ① サービス管理責任者 ・ 2. 児童発達支援管理責任者		

※事業開始および受講申込者の配置について、欄に選択のうえ、記入をしてください。

<input checked="" type="checkbox"/> 既存事業所	指定番号	0000000000	指定年月日	平成 29年 4月 1日
	受講申込者の配置(予定)年月日	令和 元年 12月 20日 (※必須)		
サービス管理責任者・児童発達支援管理責任者のやむを得ない事由による欠如について、市町村担当部局に <input checked="" type="checkbox"/> 届け出ている <input type="checkbox"/> 届け出していない <small>※「届け出ている」にチェックをした事業所は市町村提出後の受付印のある『研修受講等誓約書』の写しを必ず添付してください。</small>				
<input type="checkbox"/> 本申請中	申請・協議先【市町村】	【担当課】	【担当者】	
<input type="checkbox"/> 事前協議中	事業開始(予定)年月日	年 月 日	受講申込者の配置(予定)年月日 (※必須)	
<input type="checkbox"/> 開始時期・配置時期が未定	<input type="checkbox"/> 年度に事業開始予定	<input type="checkbox"/> 年度に配置を予定	<input type="checkbox"/> 配置時期は未定	

※配置予定日によって受講の優先順位が変わります。配置日を必ず記入してください。

※新規開設の事業所の場合は、事業所の開始予定の年月日を記入し、受講申込者の配置予定日を必ず記入してください。

※予定年度のみ決まっている場合でも必ず記入してください。未定の場合は「未定」にチェックを入れてください。

同一事業所から複数名申し込みを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)	___ 2人中 ___ 2人目
厚生労働省で定める人員基準上、サービス管理責任者を配置しなければならない人数	___ 1人

推薦欄 下記の者については、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。また、下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承知しています。 令和 元年 8月 〇日

法人・企業等名 株式会社〇〇〇〇

事業所等名 〇〇〇事業所

事業所等所在地 〒542-0012 大阪府大阪府中央区谷町〇丁目〇-〇

事業所等電話番号 06-4304-3031

法人・事業所等代表者名 所長 〇〇〇 〇〇〇

代表者印

※個人印は不可、コピー不可

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 元年 8月 〇日

受講申込者署名 財団 太郎 (原則、自筆)

※本人署名がない場合は受付できません。必ずご署名ください。

理由欄 ※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。

年 月 日

受講申込者署名