

平成31年度埼玉県サービス管理責任者等基礎研修受講推薦・申込書

申込日

法人名

代表者職・氏名 印 申込担当者名

担当者電話番号 担当者E-mail

次の者について、標記研修を受講させたいので推薦します。

優先順位(同一法人内での優先順位を記載してください。)		<input type="text"/> 名中	<input type="text"/> 番目
フリガナ	<input type="text"/>	生年月日(和暦)	<input type="text"/>
受講希望者氏名 (自筆でご記入ください)	<input type="text"/>	年齢(申込時点)	<input type="text"/> 歳 ・ 性別 <input type="text"/>
受講希望者住所 〒	<input type="text"/>		
所属事業所名	<input type="text"/>		
事業所所在地 〒	<input type="text"/>		
障害福祉サービス事業所等の種別	<input type="text"/>		
事業所電話番号	<input type="text"/>	事業所E-mail	<input type="text"/>

受講要件について

- ◆ 従事を希望する職種(※実務要件が異なります) ※チェック欄(□)いずれか1つにチェック(☑)を付けてください。
 - サービス管理責任者
 - 児童発達支援管理責任者
- ◆ サービス管理責任者等の実務要件について ※チェック欄(□)いずれか1つにチェック(☑)を付けてください。
 - サービス管理責任者としての実務要件を満たしている
 - 児童発達支援管理責任者としての実務要件を満たしている
- ◆ 実務経験年数について、該当する区分に年数を入力してください。

1 相談支援業務	2 直接支援業務(有資格)	3 直接支援業務(無資格)	4 国家資格による相談・直接支援業務
<input type="text"/> 年 <input type="text"/> ヶ月	<input type="text"/> 年 <input type="text"/> ヶ月	<input type="text"/> 年 <input type="text"/> ヶ月	<input type="text"/> 年 <input type="text"/> ヶ月

- ◆ 平成31年度サービス管理者等基礎研修(共通講義2日間)の受講確認 ※該当する場合チェック欄に(☑)を付けてください。
 - 平成31年度サービス管理者等基礎研修(共通講義)を受講する(再履修含む)
 - 相談支援従事者初任者研修修了または平成30年度以前にサービス管理者等研修Ⅱ(共通講義)修了のため免除する

受講理由について

- ◆ 次の1~4から選択し、該当事項を入力してください。 →

- 今後開始を予定している事業所において、サービス管理責任者等として配置予定のため。

→	開設予定事業所 サービス種別	<input type="text"/>	事業開始予定時期 (開始時期未定の場合未定と記入)	<input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月
	県又は中核市への開設相談の有無 (リストから選択)	<input type="text"/>	→ 相談有の場合その相談先 (自治体名等を記入: ●●市や町、埼玉県…等)	<input type="text"/>
- 現在配置されているサービス管理責任者等の退職・人事異動等により、新たなサービス管理責任者等として配置予定のため。

→	従事予定事業所 サービス種別	<input type="text"/>
	配置予定時期 (時期未定の場合、未定と記入)	平成 <input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月
- 今後の業務に備えて学習したい
- その他 → 理由を簡潔に記入してください

確認事項

受講した場合、考慮して欲しい事があればお書き下さい。(例:車椅子で受講、手話や要約筆記が必要等)