

平成30年度 熊本県児童発達支援管理責任者研修 受講申込書
【申込書③ 既存事業所用】

記入例

平成30年6月25日

熊本県児童発達支援管理責任者研修の受講者として下記の者を推薦いたします。

設置主体 (法人)名称	社会福祉法人〇〇会													
代表者 役職名	理事長	代表者氏名	財団 太郎									事業所印		
事業所名称	放課後等デイサービス〇〇													
指定(開設)状況	<input type="radio"/>	指定済み	指定日 (平成1年1月1日)	事業所指定番号	4	3	0	0	0	0	0	0	0	0
児童発達支援管理責任者として従事している(する予定の)事業所等の状況	◆上記事業所等のサービス種類(注2) (多機能型の場合は全てご記入下さい)		放課後等デイサービス											
	事業所所在地		〒 862-0926 熊本市中央区保田窪1-10-38											
	電話(日中連絡がとれるところ)		096-285-7010			問合せ担当者名		財団 一郎						
	受付確認書及び受講決定通知書送付先 事業所 FAX番号				096-386-7127									

受講者情報

(氏名・生年月日は修了証書に記載されますので正確にご記入下さい。また受講者情報は必要に応じ県及び市町村に提供する場合がありますのでご了承ください。)

フリガナ	ザイダン ハナコ		性別	生年月日						
受講者氏名	財団 花子		男・ <input checked="" type="radio"/> 女	昭和	50	年	10	月	10	日
実務経験 <small>※別紙② サービス管理責任者・児童発達支援管理責任者実務年数「参考1」の業務範囲(申込時点)</small>	勤務先名称		職種	職務内容 (どちらかに○)		勤務年数				
	障害者支援施設△△		生活支援員	直接支援・相談支援		4	年	5	ヶ月	
	放課後等デイサービス〇〇		児童指導員	直接支援・相談支援		5	年	8	ヶ月	
				直接支援・相談支援			年		ヶ月	
				直接支援・相談支援			年		ヶ月	
						合計	10	年	1	ヶ月
有資格者(注3)	保育士									
受講等確認 (いずれかに○を付けて下さい)	相談支援従事者初任者研修(講義部分)の受講について (今年度は7月5日・6日に実施予定)			未受講・今年度 <input checked="" type="radio"/> 受講済み(修了証番号 熊2017SS00000)						
	障害福祉サービス等従事者基礎研修(新任従事者研修)の受講について(今年度は6月23日・10月26日に実施予定)			未受講・今年度 <input checked="" type="radio"/> 受講済み(修了証番号 2016KS00000)						
	個別支援計画書作成の経験について			<input checked="" type="radio"/> 無し ・ 有り						

※裏面(2枚目)もご記入の上、両面印刷またはホッチキスで留めてお申し込みください。

【共通講義】				共通講義日程	
共通講義 受講希望研修 希望する箇所に ○を付けて下さい	○	受講する ※右の受講目的にも○をつけてください	受講目的	○ 共通講義未受講のため（1日）	平成30年 9月7日（金）
				児童福祉法の知識習得のため再履修を希望する（2時間） ※過去共通講義受講済の方のみ受講可能	
				既に修了証書を取得済みであるが、知識習得のために再履修を希望する（1日）	
		受講しない	昨年度までに受講済 ※受講確認のため分野別講義の修了証書のコピーを添付してください。（複数ある場合は1分野のみ）		
【分野別講義】			対象となる障害福祉サービスの種類	分野別講義日程	
◆分野別講義 受講希望研修	○	児童分野（児童発達支援管理責任者研修）	障害児通所支援、障害児入所支援	平成30年 10月～12月 （調整中）	

※分野別講義につきましては、申し込み多数の際、数回に分けて実施する場合がございます。

申し込み内容②

今回の申込みに 係る状況 該当する項目の 番号に○を 付けて下さい	○	1	既に事業を開始しており、現在児童発達支援管理責任者として従事しているが、経過措置により研修が未受講。		
		2	既にサービス事業者の指定を受けており、研修修了者がいるが、その者の退職・人事異動等により、児童発達支援管理責任者を交代する予定。	【交代時期】必ずご記入下さい。 ・平成 31年4月 ・未定	
		3	すぐに児童発達支援管理責任者として配置される予定は無いが、法人内（又は事業所内）において、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、資格を用意しておくため。		
		4	その他（具体的に→)		
研修受講にあたって、配慮すべき事項（例：車椅子使用）					

（注1）色付き項目は、該当する箇所に○印あるいは該当文字をプルダウンから選び記入してください。

（注2）「上記事業所等のサービス種類」欄は、別表1の該当するサービス種類を記入してください。

（注3）「有資格者」欄は、別表2のうち該当する資格等を記入してください。

<書類内容のチェック> ※必ず確認をし、☑を入れて下さい。

- 捺印はしてあるか
- 未記入部分はないか
- 共通講義を受講しない場合、修了証書のコピーの添付はあるか
- 申込書1部につき、1分野の申込書であるか
- ◆部のサービスが一致しているか「事業所等のサービスの種類」と「受講希望分野」

※申込書に不備や虚偽があった場合、受講受付ができませんので、正確にご記入下さい。

申込先 〒862-0926 熊本市中央区保田窪1-10-38（公財）総合健康推進財団 九州支部 サービス管理責任者研修係（H30/7/27必着）