

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④ 新規事業所用】

平成30年 月 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					
代表者 役職名				代表者氏名	④
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	事業所名称				
	指定(開設)状況	○	新規指定予定	(年 月 日)頃	
	◆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)				
	事業所所在地	〒			
	※事業所が未設置の場合も、郵送物が届く住所を必ずご記入下さい。				
	電話(日中連絡がとれるところ)			問合せ担当者名	
受付確認書及び受講決定通知書送付先			事業所 FAX番号		

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			性別	生年月日	
受講者氏名			男・女	昭和 平成	年 月 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
				直接支援・相談支援	年 月
				直接支援・相談支援	年 月
				直接支援・相談支援	年 月
				直接支援・相談支援	年 月
				合計	年 月
有資格者(注3)					
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 ・ 受講済(修了証番号)		
	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 ・ 受講済(修了証番号)		
	個別支援計画書作成の経験について		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）
			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、2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	1	事業開始を予定している事業所に、他に研修を修了している者がおらず、 自らが本研修修了後、児童発達支援管理責任者として配置される予定。	【事業開始時期】必ずご記入下さい。 ・平成 年 月 ・未定
該当する項目の 番号に○を 付けて下さい	2	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。	
	3	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）