

記入例

平成30年度 福岡県相談支援従事者初任者研修（1, 2日目）受講申込書
 （サービス管理責任者又は児童発達支援管理責任者となる者用）
 （経過措置により、現在、サービス管理責任者等として従事している者用）

【様式2】

事務局確認欄
受付No

1 受講申込について

①講義のみ	申込先 公益財団法人 総合健康推進財団	日程 8/30(木)、8/31(金)	会場 ウェルとぼた
②フリガナ	フクオカ ハナコ	④性別	⑤生年月日
③受講者氏名	福岡 花子	男・ 女	昭和・ 平成 2年 2月 2日
⑥現勤務先情報	事業所名 障害者支援施設 ○○	サービス種類 就労移行 、就労A型、就労B型、放課後等デイ、 障がい児入所支援、高齢者福祉サービス、 その他()	相談支援、居宅介護、療養介護、生活介護、 短期入所、施設入所支援、自立訓練、GH、 障がい児入所支援、高齢者福祉サービス、 その他()
	〒 812-0011		
	所在地 福岡市博多区博多駅前 ○丁目○-○ ○○ビル		
電話番号 092-123-4567	対象としている 主な障がい者 種別	身体 知的 精神 児童 その他()	
⑦サービス管理責任者、児童発達支援管理責任者の要件 ※参考資料2サービス管理責任者の要件を確認してください。	平成31年3月末時点で 満たしている ・ 満たしていない		
⑧サービス管理責任者、児童発達支援管理責任者の要件となる 勤務先(要件を満たしている場合、その勤務先を記載ください)	障害者支援事業所△△		
⑨経過措置について	経過措置対象者である ・ 経過措置対象者ではない	※経過措置対象者は就業開始1年以内に研修を修了する必要があります。	
	経過措置対象の方は、サービス管理責任者、児童発達支援管理責任者として就業開始した日を記入してください。	平成	年 月 日
⑩サービス管理責任者、児童発達管理責任者として就業する予定日	平成 31 年 4 月 1 日 予定 ・ 未定		
⑪備考	※障がい等により、特別な措置が必要な方はお知らせください		

申込書の記入について

・受講者氏名、生年月日の記載内容に基づき、修了証書を作成します。お間違いの無いようご確認の上、楷書での記入をお願いします。

・必要事項の記入漏れ等の空欄や記入の誤りがある場合は、受付ができないことがございます。提出前に記入内容のご確認をお願い致します。

参考資料2「サービス管理責任者の要件」にて従事経験を確認してください。
 従事経験は平成31年3月末時点の年数でご確認ください。

経過措置対象者として既に従事を開始している方は、「経過措置対象である」に○をつけ、従事開始日を記載してください。

2 法人からの推薦について

次の者をサービス管理責任者又は児童発達支援管理責任者として従事させるため、標記研修を受講させたいので推薦します。

法人所在地	〒 812-0011 福岡市中央区○丁目○-○		
法人名称	社会福祉法人 ○○会		
代表者	役職	氏名	
	理事長	福岡 太郎	理 法 社 事 法 人 長 人 福 印 会 祉
担当者	福祉 花子	電話番号	
		FAX	092-987-6543

受講申し込み者が所属する法人代表による推薦をおこなってください。

(事業所管理者等による推薦は不可。)

※ただし、これから新たに法人を立ち上げ、相談支援事業所の指定を受ける場合は、送付状にその旨を記載の上、受講申込者個人の住所、氏名、私印、連絡先で申し込み可能です。

法人推薦が受けられない場合は、理由を必ず記載してください。
 例:すぐに従事予定はないが、今後の為に取得希望…等々

個人での申し込みの場合は優先順位が下位となります。別紙1「平成30年度相談支援従事者初任者研修の受講者選定に係る優先順位について」参照

理由書 ※配置予定の法人より推薦を得られない場合は、その理由を記入してください。

受講者署名	印
-------	---

同一事業所で、講義コースに複数名申込の場合は、優先順位を記入してください。	1 番目 / 4 人中
---------------------------------------	-------------

※空欄があると受付いたしません。必ず全てご記入ください。ご不明な点は記入例をご参照ください。

同一事業所より複数申し込みの場合は、優先順位を必ず記載してください。

【申し込み前の自己チェック】

- 申込書の記入欄に必要な事項を全て記入する ※記入漏れがあった場合、受け付けできない場合があります
- 申込書を印刷して用意する ※送付は1枚目のみで結構です
- 推薦欄に法人印を捺印する
- 「同一事業所内」での優先順位を記入する

【必ずお読みください】

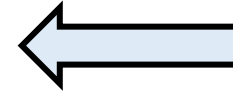
※申し込みは必ず事業所ごとにまとめておこなってください。可否決定通知は「現在勤務している事業所」宛におこないます。

個人で申し込みをする場合は、⑥現勤務先欄に自宅住所、連絡先を記入の上、理由書欄を記入してください。

※受講申込書及び受講者推薦において、空欄や提出する書類に虚偽の内容が認められた場合は、受講申し込みを取り消し、今後申し込みを受け付けない場合がありますので、正確にご記入ください。

※定員を超えての申し込みがあった場合は、別紙1の「相談支援従事者初任者研修の受講者選定に係る優先順位について」に基づき、福岡県と協議の上、選考をおこないます。
また、1事業所より複数名申し込みの場合は、人数上限を設ける場合がございますので、予めご了承くださいませようお願い申し上げます。

※サービス管理責任者又は児童発達支援管理責任者として従事するためには、今回申し込む相談支援従事者初任者研修 講義部分(2日間)に加え、別途実施されるサービス管理責任者又は児童発達支援管理責任者研修(3日間)を受講する必要があります。



申し込み前には必ず自己チェックをおこなってください。