

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）

事務局確認
受付No

1 受講申込について

①講義のみ	申込先		日程		会場	
	公益財団法人 総合健康推進財団		8/30(木)、8/31(金)		ウエルとぼた	
②フリガナ			④性別	⑤生年月日		
③受講者 氏名			男・女	昭和・平成 年 月 日		
⑥現勤務先 情報	事業所名		サービス 種類	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、 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()		
	所在地	〒				
	電話番号			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)						
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、児童発達支援管理責任者として就業する予定日			平成 年 月 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					

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	〒					
法人名称						法人印
代表者	役職		氏名			
担当者			電話番号		FAX	

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。

番目 / 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。

【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
- 申込み1名につき、返信用封筒(A4サイズ、120円切手)を1枚、添付する

【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。