

平成30年度 障害福祉人材育成研修 受講申込みチェック票

【記入例①】

本受付No.

—

氏名

鹿児島太郎

↑ここは記入しないでください

↓受講を希望する研修に○をつけてください。(いずれかの研修を一つ選んでください)

相談支援従事者初任者研修(1)

サービス管理責任者研修(2-1)【新規の方のみ】

児童発達支援管理責任者研修(2-2)【新規の方のみ】

送付前に、同封書類に○をつけてください

送付内容物
日付 → 6/15
鹿児島

母付とチェック担当者
↑ここは記入しないでください

<提出前の確認項目>

1 申込みチェック票

2 研修申込書

--	--	--	--

3 実務経験証明書(1枚目)

実務経験証明書(2枚目)

実務経験証明書(3枚目)

4 過去の証明書(相談支援専門員資格取得のみ)

(過去の初任者研修受講証明書)H25~

--	--	--	--

5 社会保険証の写し

--	--	--	--

6 資格要件に関わる資格証等の写し

(主事任用資格、介護職員初任者研修(へ)パー)、
保育士、介護福祉士、社会福祉士、精神保健福祉士、
看護師等の国家資格)

--	--	--	--

7 返信用封筒(角形2号以上)

・相談支援従事者初任者研修申込 → 2部

・サビ管(児発管)研修申込(新規の方) → 1部

※返信用封筒には必ず宛先氏名を記入してください。

返信用切手(140円)

--	--	--	--

8 その他()

--	--	--	--

平成30年度 鹿児島県相談支援従事者初任者研修 申込書【記入例①】

受講者が複数の場合の優先順位(事業所単位)

法人名 **社会福祉法人〇〇〇会**
 事業所名 **障害者支援施設〇〇〇**
 代表者名 **施設長 大島 次郎**

法人主
 障害者支援施設〇〇〇の施設長代表印

① 取得する資格 (○をつける)	1 相談支援専門員 (前期・後期)	2 サービス管理責任者 (前期のみ)	3 児童発達支援管理責任者 (前期のみ)	←※いずれを選択	
フリガナ	カゴシマ タロウ		③ 生年月日	昭和 55年6月1日	
② 受講者氏名	鹿児島 太郎		④ 性別	男	
⑤ 法人名	社会福祉法人〇〇〇会		⑥ 現在所属する事業所名	障害者支援施設〇〇〇	
⑦ 受講者の職名	生活支援員		⑧ TEL	099 (123) × × × ×	
			⑨ FAX	099 (123) × × × ×	
⑩ 事業所所在地	(〒123-4567) 鹿児島市〇丁目〇〇-〇〇		(申込担当者名)	伊集院 一郎	
⑪ 事業所の種別	1 相談支援 2 重度障害者等包括支援 3 生活介護 4 介護 5 施設入所支援 6 共同生活援助(GH) 7 生活訓練 8 機能訓練 9 就労継続支援(A型・B型) 11 障害児通所支援(児童発達支援等) 12 障害児通所支援センター 14 病院・診療所 15 その他()				
⑫ 実務経験歴	年月～年月	期間	勤務先等(事業所の種類)	業務内容(相談業務、介護業務等)	
必要な経験年数が確認できる範囲を記入して下さい。資格要件に係る業務歴も必ず記入し、実務経験証明書を添付して下さい。	H24年.4月～H30年6月	6年2月間	障害者支援施設〇〇〇	生活支援業務	
		年月間			
	合計	6年2月間			
⑬ 所有している資格	社会福祉主事任用資格等	取得年月	国家資格	取得年月	備考
実務経験要件に関わる社会福祉主事任用資格等及び国家資格を記入して下さい。当該資格証等の写しを添付して下さい。	(精)社会復帰指導員				
	介護職員初任者研修(ヘルパー2級)				
	介護職員実務者研修(ヘルパー1級)	H21.4.1			
⑭ 今回の申込みに係る状況	↓ 該当する項目に○を付けてください。(今年度の受講が必須の場合は、特記事項に具体的状況を記載) <input checked="" type="radio"/> 1 <相談>既に相談支援事業を実施しているが、相談支援専門員を補充する予定。 <input type="radio"/> 2 <相談>既に相談支援事業を実施しているが、人事異動等により相談支援専門員を交代する予定。 <input type="radio"/> 3 <相談>今後相談支援事業の開始を予定しているが、有資格者が不在。 <input type="radio"/> 4 <サビ管>サービス管理責任者の資格取得のため。 <input type="radio"/> 5 <児発管>児童発達支援管理責任者の資格取得のため。 <input type="radio"/> 6 <その他>※具体的状況を特記事項欄に記載すること。				
必ず記入して下さい	特記事項				
	⑮ 配置時期 (指定日を記入して下さい)	※ 相談支援専門員またはサビ管等として配置する時期: 1 配置済(経過措置) 2 (31年4月ごろ) 3 未定 ※事業所指定日(経過措置・みなし指定日) 平成 20年4月1日 指定			
⑯ 受講する研修の区分 (過去の研修状況を確認のうえ、どの研修区分に該当するか、番号に○をつけてください。)	今回受講する研修の区分		日数	受講対象者	
	相談支援専門員	1 相談支援従事者初任者研修(相談前期・後期研修)	5日間	新規受講者	
		2 相談支援従事者初任者研修(相談後期研修のみ)	3日間	過去の相談初任者(前期)研修修了者	
サビ管・児童発達	3 相談支援従事者初任者研修(相談前期)	2日間	新規受講者(サビ管・児発管)	他県受講者	
⑰ 備考(配慮等)	座席の配慮やサポートが必要な場合、その他事務局にご連絡のある方は、具体的にご記入ください。(内部障害をお持ちの方や妊婦の方もご記入ください) できるだけ、詳しくご記入ください。後日、対応について連絡いたします。				

実務経験証明書（平成30年度版）【記入例①】

平成 30 年 ○ 月 ○ ○ 日

鹿児島県社会福祉協議会 会長 様

法人名 社会福祉法人〇〇〇会

事業所名 _____

代表者氏名 理事長 霧島 太郎

法人も
社会福祉法
人〇〇業
理事長の
代表印

下記の者の実務経験は、以下のとおりであることを証明します。

フリガナ氏名	鹿児島 太郎 (生年月日: 昭和 55 年 6 月 1 日)	
施設又は事業所名	障害者支援施設〇〇〇	
施設又は事業所の所在地	〒123-4567 TEL 099 (123) x x x x 鹿児島市〇丁目〇〇-〇〇	
	証明業務担当者 (役職: 事務長 氏名: 大島 海人)	
	昭和 平成 24 年 4 月 1 日 ~ 昭和 平成 30 年 6 月 1 日	
	期間: 6 年 2 か月勤務 (注3 平成30年6月1日現在で記入してください)	
	(業務に従事した期間(療養休暇, 育児休暇, 休職等)を除く)	
業務期間	※児童発達支援管理責任者の資格取得を希望する方は必須事項	うち 児童又は障害者に対する支援経験年数 期間: 年 月 日 (注3 平成30年6月1日現在で記入してください) (児童福祉施設又は児童福祉に係る事業における児童又は、障害児・者に対する支援を内容とする業務に従事した期間をいう)
		障害者支援施設〇〇〇(H24.4.1~H30.6.1): 6年2ヶ月
業務内容	障害者支援施設〇〇〇で生活支援業務に従事。	

研修申込書の
⑫実務経験歴
と一致するか
確認する

内容を確認できる担当
者名も記入してください

基本的には、常勤換算で
きる業務期間を記載する

『児童発達支援管理責任者研修』を受講希望される方は、必ず記入してください。
この記入がないと、書類不備で受付ができない場合がありますので、お気をつけください。

(注) 1. 「業務期間」欄は、実務経験被証明者が利用者に対する直接的な支援を行っていた期間を記入してください。

※ 業務に従事した期間とは、就業期間内に従事した期間(療養休暇, 育児休暇, 休職等で相談・直接支援等に
従事しなかった期間を除く)をいう。

2. 「業務内容」欄は、実務経験被証明者の本来の業務について、事業所(施設)名と障害者に対する直接支援業務や相談
支援業務に従事したことがわかるように具体的に記載してください。

記載例: 「〇〇事業所(身体障害者入所授産施設, 精神障害者地域生活支援センター等)において、障害者に
対する〇〇業務(身体介護, 生活指導, 職業指導, 職業相談, 相談業務等)に従事。」

※「直接支援業務」の定義は、「日常生活における基本的な動作の指導、知識技能の付与、生活能力の向上のために必要な
訓練その他の支援を行い、並びにその訓練等を行う者に対して訓練等に関する指導を行う業務」が含まれることを明確にする。

※専門学校で障害児者の担任をしていた場合は、そのことを証明できる書類を添付すること(鹿児島県のみ)

3. 研修受講月(9/1)までに実務経験年数を満たす方は、最初に6/1付分の実務経験証明書を提出し、その後、実務経験を
満たした後に、残りの期間の実務経験証明書を提出してください。

4. 研修会を不正に受講して資格を取得した場合は、取得した資格を取り消しますのでご注意ください。