

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②】

本受付No. 氏名

↑—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 日付とチェック担当者

<提出前の確認項目>

- | 送付内容物 | 日付 | チェック担当者 |
|---|-----------------|---------|
| 1 申込みチェック票 | 6/20
指宿
○ | |
| 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(ヘルパー), 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
<u>※返信用封筒には必ず宛先氏名を記入してください。</u>
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②】

受講者が複数の場合の優先順位(事業所単位)

法人名 **株式会社〇〇〇〇**
 事業所名 **放課後デイサービス〇〇〇〇**
 代表者名 **施設長 桜島 三郎**

放課後デイサービス事業所の施設長印

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	イブスキ ハナコ		③ 生年月日	法人または事業所の代表者の印	
② 受講者氏名	指宿 花子		昭和60年10月1日	男() 女(○)	
⑤ 法人名	株式会社 〇〇〇〇		⑥ 現在所属する事業所名	放課後デイサービス〇〇〇〇	
⑦ 受講者の職名	児童発達支援管理責任者		⑧ TEL	0995 (42) × × × ×	
			⑨ FAX	0995 (42) × × × ×	
⑩ 事業所所在地	(〒123-4567)		(申込担当者名)	鹿屋 四郎	
	霧島市〇丁目〇〇-〇〇				
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 療養介護 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 就労移行支援 10 ⑪ 障害児通所支援(児童発達支援等) 12 障害児入所支援 13 地域活動 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)	
	H22年4月～H25年3月	3年0月間	〇〇〇デイサービスセンター	介護業務	
	H25年4月～H30年3月	5年0月間	△△△保育園	保育業務	
	H30年4月～H30年6月	年2月間	放課後デイサービス〇〇〇〇	児童発達支援管理責任者	
	合計	8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	社会福祉主事任用(精)社会福祉士	取得年月	備考
	社会福祉主事		社会福祉士		
	保育士	H21.4.9	精神保健福祉士		
	児童指導員				
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) 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。 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。 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。 4 <サビ管>サービス管理責任者の資格取得のため。 ○ 5 <児発管>児童発達支援管理責任者の資格取得のため。 6 <その他>※具体的状況を特記事項欄に記載すること。 特記事項				
⑮ 配置時期(指定日を記入してください)	※ 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 (年 月 日) 3 未定 ※事業所指定日(みなし指定日) 平成 30 年 4 月 1 日 みなし指定				
⑯ 受講する研修の区分	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)(サビ管等の分野別研修は、別途申込みが必要です)	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。				

法人または事業所の代表者の印

現在所属する事業所名

屋間に連絡がとれる番号を記入して下さい

指定の資格を有しているため、実務経験が5年に短縮されます

資格取得年月日は登録日又は修了証書発行期日となります

必ず記入して下さい

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②】

平成 30 年 ○ 月 ○ ○ 日

鹿児島県社会福祉協議会 会長 様

法人名 株式会社○○○

事業所名 _____

代表者氏名 代表取締役 始良 太郎

法人も
しくは
事業所
の
取締役
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	指宿 花子 (生年月日 <u>昭和</u> 平成 60 年 5 月 1 日)
事業所名	放課後等デイサービス□□□
事業所の所在地	〒123-4567 霧島市○丁目○○-○○ TEL. 099 (123) × × × × 内容を 確認 できる 担当 者名 も記 入し てく ださ い
証明業務担当者 (役職: 部長 氏名: 奄美 次郎)	
業務期間	昭和 <u>平成</u> 22 年 4 月 1 日 ~ <u>昭和</u> 平成 30 年 6 月 1 日 期間: 8 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、休職等で相談・直接支援等の勤務に従事しなかった期間は除く) ※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: 5 年 2 か月勤務 (注3) 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。
業務内容	○○○デイサービスセンター(H22.4.1~) △△△保育園(H25.4.1~H30.3.31):5年 放課後デイサービス□□□(H30.4.1~H30.6.1) ○○○デイサービスセンターで介護業務に従事 △△△保育園で保育業務に従事。 放課後デイサービス□□□で療育支援業務に従事

(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: 「○○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○○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。