

# 平成29年度 鹿児島県サービス管理責任者 (児童発達支援管理責任者)等研修 申込書【記入例】

受講者が複数の場合の優先順位 (事業所単位)	1
---------------------------	---

法人名 **株式会社〇〇〇〇**  
 事業所名 **就労支援事業所〇〇〇**  
 代表者名 **施設長 桜島 三郎**

就労支援事業所△△△  
施設長印

フリガナ	<b>イブスキ ハナコ</b>		③ 生年月日	昭和 <b>60</b> 年 <b>10</b> 月 <b>1</b> 日	男 <input type="radio"/> 女 <input checked="" type="radio"/>
① 受講者氏名	<b>指宿 花子</b>		法人または事業所の代表者の印		
④ 法人名	<b>株式会社 〇〇〇〇</b>		現在所属する事業所名 <b>就労支援事業所△△△</b>		
⑥ 受講者の職名	<b>就労支援員</b>		⑧ T E L	<b>0995 ( 23 ) × × × ×</b>	
			⑨ F A X	<b>0995 ( 23 ) × × × ×</b>	
⑨ 事業所所在地	(〒 <b>123-4567</b> ) <b>霧島市〇丁目〇〇-〇〇</b>		(申込担当者名)	<b>鹿屋 四郎</b>	
⑩ 事業所の種別 <small>(所属する事業所が実施するサービス全ての番号に○をつけてください。(事業所単位))</small>	1 相談支援 2 重度障害者等包括支援 3 生活介護 4 障害児通所支援 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 <b>9 就労移行支援</b> <b>10 就労継続支援(A型・B型)</b> 11 障害児通所支援(児童発達支援等) 12 障害児入所支援 13 地域活動支援センター 14 病院・診療所 15 その他( )				
⑪ 今回の申込みに係る状況 <small>(該当する受講理由の項目に○をつけてください。)</small>	↓ 該当する項目に○をつけてください。(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 <サビ管>既に事業を開始しており、研修修了者がいるが、退職・人事異動等により交代する予定。 <b>○</b> 2 <サビ管>今後事業開始予定の事業所のサビ管・児童発達支援管理責任者として配置する予定。 3 <サビ管>すぐに配置される予定はないが、人員の配置が必要な状況になった時に備えるため。 4 <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				
⑫ 配置時期	※ サビ管(児発管)等として配置する時期: 1 配置済(経過措置) <b>2 ( 30 年 4 月ごろ)</b> 3 未定				
⑬ 研修等の受講状況 <small>(該当する番号に○をつけてください。区分一覧表を参照のうえ、受講証明書、修了証書の写しを添付してください。)</small>	研修等の名称		研修等の受講状況		
	1 相談支援従事者初任者	前・後期	<b>1 前期研修 (H29年度)</b> 2 後期研修 (H 年度)		
2 サービス管理責任者・児童発達支援管理責任者	受講分野	1 介護 (H 年度) 2 知的・精神 (H 年度) 3 身体 (H 年度) 4 就労 (H 年度) 5 児童 (H 年度)			
⑭ 受講する研修の区分 <small>(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。)</small>	今回受講する研修の区分		日数	受講対象者	
	サビ管・児童発達	<b>1 サビ管等研修(サビ管共通+サビ管分野)</b>	3日間	過去の相談初任者(前期)研修修了者	
		2 サビ管等研修(サビ管分野のみ)	2日間	過去のサビ管(全体研修)研修修了者	
⑮ サビ管(児童発達)の受講分野	1 介護 <b>2 知的・精神</b> 3 身体 4 就労 <b>5 児童発達</b> 注1:希望する受講分野に○をつけてください。複数受講も可能ですが、1人2分野までとします。 注2:児発管研修受講者は、実務経験証明書を提出してください。(今年度、本県で相談支援従事者初任者研修(前期)の受講者を除く)				
⑯ 備考(配慮等)	座席の配慮やサポートが必要な場合、その他事務員にご連絡のある方は、具体的にご記入ください。 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。 (例 障害をお持ちの方(外部、内部)、妊婦 等)				

必ず記入して下さい

昼間に連絡がとれる番号を記入して下さい

法人または事業所の代表者の印

現在所属する事業所名