**2019年度 児童発達支援管理責任者　基礎研修　受講申込書**

|  |  |
| --- | --- |
| 法人名 |  |
| 代表者名 | 公印 |
| 法人所在地 | 〒 |
|  |
| 電話 |  | FAX |  |
| E－mail ※ |  | 担当者名 |  |

　　　　　　　　　　　　　　　　※Ｅメールで事務連絡を行う場合があるので必ず記載してください。

　下記の者について、児童発達支援管理責任者研修（基礎研修）を申し込みます。

記

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| ふ り が な |  | 男・女 | 生年月日・年齢　 |
| 受講者氏名 |  | 昭和・平成　　　年（１９　　　年）　　 | 　　月　　日（　　歳） |
| 所属事業所等 | 事業所(施設)名 |  | 現所属事業所等の住所 |
|  |
| 職　種　名 |  |
| ※市町村名のみ記載 |
| 研修等修了状況（いずれかに○を付けてください。） | ○欄 | ※①、②いずれかの修了証書などの写しを添付 |
|  | 1. 相談支援従事者初任者研修を修了又は講義部分受講済みの方

　⇒**相談支援従事者初任者研修の修了証書**又は**受講証明書**の写しを添付 |
|  | 1. 今年度(2019年度)相談支援従事者初任者研修を申し込みの方

　⇒**2019年度相談支援従事者初任者研修申込書**（記入、押印済み）の写しを添付 |
| 配慮すべき事項 | □無　□有【車いす・その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）】 |

**【申込希望日程】**

※希望の日程に **○** 印を記入

第２希望があれば **△** 印を併せて記入

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 第１回目(11月実施) |  | 第２回目(12月実施) |  |

申込期限：**2019年８月31日（土）郵送必着**　　※郵送以外の申し込み、期限後の申し込みは受け付けません。

＜*受講申込書類　郵送前チェック欄*＞　※郵送前に必ず記入してください。

受講申込みには、以下の**①②の書類の提出が必要**です。

郵送される前に、全て揃っているか確認をし、チェック欄に○をしてください。

|  |  |
| --- | --- |
| 提出書類 | ﾁｪｯｸ |
| ① 児童発達支援管理責任者研修（基礎研修） 受講申込書　 ※両面記入してください。 |  |
| ② 研修修了証書等の写し　　　 ※研修等修了状況に合わせて必ず**写しを添付**してください。 |  |

※裏面も忘れずにご記入ください。

児発管(基礎)申込書(表面)

**児童発達支援管理責任者の実務経験**　　※**【ア】**と**【イ】**の両方を満たす必要があります。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **【ア】**児童発達支援管理責任者の資格要件に関する実務経験（いずれかに○を付けてください。） | ○欄 | 実務経験要件　※別添『児童発達支援管理責任者実務経験一覧表』を確認のこと。 |
|  | １　告示に定める施設等における**相談**支援業務の従事期間が**通算５年以上** |
|  | ２　告示に定める施設等における**直接**支援業務の従事期間が**通算８年以上** |
|  | ３　上記２の施設等の直接支援業務に従事する者で、社会福祉主事任用資格者、相談　支援の業務に関する基礎的な研修修了者(ヘルパー２級以上)、精神障害者社会復帰　指導員任用資格者、児童指導員任用資格者または保育士である者であって、直接支　援業務の従事期間が**通算５年以上** |
|  | ４　上記１及び２の業務の従事期間が**通算３年以上**で、国家資格等による業務の従事　期間が**通算５年以上** |
|  | ５　現時点で実務経験年数を満たしていないが、満たしていない期間が２年未満の者、　上記（　１　・　２　・　３　・　４　）の条件を満たす見込み　　　　※１～４のうち該当する番号に○を付けてください。 |
| 実務経験 | 通算 |  | 年 |  |  | 月 | 研修初日時点 |
| ※実務経験を満たしていることが分かるように、事業所名やサービス種別等を下欄に記入してください。（直接支援か相談支援か該当するものに○） |
| 事業所・機関・施設名 | サービス種別（※就労Ａ型、保育園等) | 職種・役職名 | 従事期間 |
| 直接支援　・　相談支援 |
|  |  |  |  | 年 |  | 月 |
| 直接支援　・　相談支援 |
|  |  |  |  | 年 |  | 月 |
| 直接支援　・　相談支援 |
|  |  |  |  | 年 |  | 月 |
| 直接支援　・　相談支援 |
|  |  |  |  | 年 |  | 月 |
| 直接支援　・　相談支援 |
|  |  |  |  | 年 |  | 月 |
| 直接支援　・　相談支援 |
| ※取得している資格について（該当に○で囲む） |
| 社会福祉主事任用資格　　ヘルパー１・２級（介護初任者・実務者）　　児童指導員任用資格　　保育士 　精神障害者社会復帰指導員任用資格　　精神障害者社会復帰指導員任用資格　　医師　　歯科医師薬剤師　　保健師 助産師　　看護師　　准看護師　　理学療法士　　作業療法士　　社会福祉士介護福祉士　　視能訓練士　　義肢装具士　　歯科衛生士　　言語聴覚士 あん摩マッサージ指圧師はり師　　きゅう師　　柔道整復師　　栄養士（管理栄養士） 精神保健福祉士 |
| **【イ】**児童発達支援管理責任者の資格要件に関する実務経験（いずれかに○を付けてください。） | ○欄 | 実務経験要件　※別添『児童発達支援管理責任者実務経験一覧表』を確認のこと。 |
|  | １　告示に定める施設等のうち、**介護保険法等に定める施設等を除いた障害児・障害****者・児童**への相談支援業務又は直接支援業務の従事期間が**通算３年以上**※上記【ア】の実務経験年数の内数でも構いません。 |
|  | ２　現時点で実務経験年数を満たしていないが、満たしていない期間が２年未満の者 |
| 実務経験 | 通算 |  | 年 |  |  | 月 | 研修初日時点 |
| ※実務経験を満たしていることが分かるように、事業所名やサービス種別等を下記に記入してください。（直接支援か相談支援か該当するものに○） |
| 事業所・機関・施設名 | サービス種別（※就労Ａ型、保育園等) | 職種・役職名 | 従事期間 |
| 直接支援　・　相談支援 |
|  |  |  |  | 年 |  | 月 |
| 直接支援　・　相談支援 |
|  |  |  |  | 年 |  | 月 |
| 直接支援　・　相談支援 |
|  |  |  |  | 年 |  | 月 |
| 直接支援　・　相談支援 |
|  |  |  |  | 年 |  | 月 |
| 直接支援　・　相談支援 |
|  |  |  |  | 年 |  | 月 |
| 直接支援　・　相談支援 |

児発管(基礎)申込書(裏面)