**2019年度 サービス管理責任者　基礎研修　受講申込書**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 法人名 | | |  | | | | |
| 代表者名 | | | 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、サービス管理責任者研修（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：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。**

　　※ 裏面も忘れずにご記入ください。

サビ管（基礎）申込書【表面】

**＜*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 サービス管理責任者研修（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。 |  |

**■サービス管理責任者の実務経験**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| サービス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『サービス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３年以上** | | | | | | | | | | | | |
|  | ５　現時点で上記１～４の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 | | | | |
| ※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  （※障害者支援施設、就労Ａ型、放課後等デイサービス等) | | | | | 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　　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** |

サビ管（基礎）申込書【裏面】