

2020 年度 サービス管理責任者研修 基礎研修 受講申込書

法 人 名
代 表 者 名
(職名)
法人所在地 〒

担当者名 _____
電話番号 (_____) _____

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		性 別	生年月日（西暦）
氏 名		男・女	19 年 月 日生
メールアドレス			
現所属事業所	〒 ー (住所) (事業所名) (代表者 職名) (電話番号) (FAX番号)		
受講申込日程 (演習)	講義部分（動画）は、演習日までに視聴できる日程で申しむこと 1〔 〕【1回目】 10/13(火) ※申込 9/4 動画視聴 9月末 2〔 〕【2回目】 10/14(水) ※申込 9/4 動画視聴 9月末 3〔 〕【3回目】 11/18(火) ※申込 9/4(二次は9/30) 動画視聴 10月末まで 4〔 〕【4回目】 11/19(木) ※申込 9/4(二次は9/30) 動画視聴 10月末まで ※希望する日程に優先順位の数字記入（例：第一希望のみの場合は“1”のみ記入）		

相談支援 「初任者研修(講義)」 の受講状況 (該当する番号に○)	1 今年度 山口県で受講する (動画視聴で対応) 2 今年度 県外で受講する (受講日: ____年 ____月 ____日) 3 前年度までに受講している (受講日: ____年 ____月 ____日 修了) ※ 2および3の場合、「初任者研修」受講証明書または修了証書の写しが必要
配慮すべき事項 ※ ある場合記入	● 車いす ・ その他 () ● 研修に介助者が同席されますか (同席する ・ 同席しない)
インターネット (動画視聴) 環境	1 職場・自宅等に動画を視聴できるインターネット環境はある 2 インターネット環境はない (Y I Cで動画の視聴をする)
その他 (確認事項)	● 氏名に含まれている旧字体について、パソコンの出力で注意が必要な場合 1 ある (具体的に) 2 ない

◆具体的な実務経験要件 ※《合計経験年数》は必ず要件年数を満たしていること

別表【サービス管理責任者実務経験一覧表】を参照して該当記号等を記入してください。

該当する 実務要件 番号に○	別表より 該当 記号	事業所・機関・施設名	サービス種別 (障害者支援施設、就労 A、 放課後等デイサービス等)	職種・役職名	経験(従事) 期間	合計経 験年数
1 2					年 月	(研修修了時点) ____ 年 ____ 月
((					年 月	
))					年 月	
相談支援業務					年 月	
3 [] 資格 該当者	(資格名) [] 取得日 年 月 日			(資格取得後からの従事期間) 3年以上 年 月 (相談支援・直接支援の従事期間) 3年以上 年 月		