**2020年度 児童発達支援管理責任者研修**

郵送用

**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、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 |  | 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 | 〒　　　　 　－  （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） | | |

**●確認事項**

|  |  |
| --- | --- |
| 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（ ＹＩＣ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 |

児発管（基礎）申込書【表面】

児発管（基礎）申込書【裏面】

**●実務経験要件**の確認

別表【児童発達支援管理責任者実務経験一覧表】**の【ア】及び【イ】を両方満たす必要があります。**

別表を参照して該当記号等を記入してください。

◆**【ア】**具体的な実務経験要件

※ 研修受講時点で実務経験要件を満たす者又は２年未満満たない者

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 該当する実務要件番号に〇 | 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** |
| ２ 〔 〕直接支援業務  １ 〔 〕相談支援業務 |  |  | |  | |  | 年 　月 | (研修修了時点) |
|  |  | |  | |  | 年 　 月 |
|  |  | |  | |  | 年 月 |
| **年** |
|  |  | |  | |  | 年 月 | **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) ５年以上  年　　　 月 | | |
| 相談支援  直接支援 | | 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) | | 経験(従事) 期間 | **合計経験年数** |
| 相談 ・ 直接 | |  | |  | | 年 月 | **年** |
| 相談 ・ 直接 | |  | |  | | 年 月 | **月** |
| 相談 ・ 直接 | |  | |  | | 年 月 |  |

◆**【イ】**具体的な実務経験要件

※ 研修受講時点で実務経験要件を満たす者又は２年未満満たない者

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 該当する実務要件番号に〇 | 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** |
| ２ 〔 〕直接支援業務  １ 〔 〕相談支援業務 |  |  |  |  | 年 　月 | (研修修了時点) |
|  |  |  |  | 年 　 月 |
|  |  |  |  | 年 月 |
| **年** |
|  |  |  |  | 年 月 | **月** |

※ 介護保険法等に定める施設等以外の対象施設で従事期間が３年以上であること

児発管（基礎）申込書【裏面】