

2日課程 様式2

受付NO	
NO	

令和2年度大阪府相談支援従事者初任者研修（2日課程） 受講申込書及び推薦書

※申込者をご記入のうえ、事業所等代表者から推薦を受けてください。本人が自筆できない場合は代筆を可とします。
 ※各項目について記入漏れなく正確に記入し、該当欄を○印で囲んでください。書類に不備があった場合は申込受付をいたしません。

ふりがな		性別	男 ・ 女
申込者氏名		生年月日	昭和 年 月 日 平成
ご自宅の住所	〒 -		
申込者問合せ先	☎ - - ※平日の日中に連絡がつく番号をご記入ください		
研修受講にあたり 配慮すべき事項	1. 必要 2. 不要	1. 車いす（電動・手動） 2. 手話通訳 3. 要約筆記 4. 点字資料 5. 拡大文字 6. その他（ ）	同行介助者 （有・無）
現在従事している 事業所について	法人名		
	事業所名		事業所所在 市区町村
	事業所所在地	〒 -	
	事業所電話番号	☎ - -	担当者名 (カタカナ)
	事業種別 ※該当する番号に○ をつけてください	1. 療養介護 2. 生活介護 3. 就労支援 4. 障がい児支援 5. 自立訓練（機能訓練・生活訓練） 6. 共同生活援助 7. 自立生活援助 8. 市町村・府機関 9. 相談支援 10. 居宅介護・同行（行動）援護 11. 高齢福祉関係 12. その他（ ）	
実務経験年数 ※実務経験要件に該当する 期間をご記入ください ※管理者は実務経験年数に 含まれません。 兼務の場合は管理者以外の 業務をご記入ください	実務経験要件 にかかる資格	1. 社会福祉主事任用資格者 2. 訪問介護員2級以上に相当する研修の修了者 3. 児童指導員任用資格者 4. 保育士 5. 介護福祉士 6. 社会福祉士 7. 精神保健福祉士 8. その他国家資格（ ） 9. 幼稚園・小学校・中学校・高等学校又は中等教育学校の教諭となる資格（養護教諭除く） 10. 資格なし	
	①相談支援業務	年 月	サービス管理責任者等の要件となる実務経験年数 通算 年 月 (令和2年8月28日時点)
	②直接支援業務	年 月	
	国家資格による業務	年 月	
※実務経験の年数要件を満たしているかについては、指定権者にご確認ください。			
サービス管理責任者・基礎研修の受講状況 ※サービス管理責任者、児童発達支援管理責任者として 従事するための必須研修	<input type="checkbox"/> 年 月 受講済		受講予定先 研修事業者名
	<input type="checkbox"/> 年 月 日 申込予定 ・ 受講予定		
実務経験を満たさず受講する場合について（児童発達支援管理責任者）			
実践研修の受講には本研修とサービス管理責任者等基礎研修修了後、5年の期間内に2年間のOJTが必要です（※対象の方のみ記入）			
● OJT実施（予定）事業所		法人名
<input type="checkbox"/> 個別支援計画原案の作成者として配置予定である		事業所名
<input type="checkbox"/> 配置・交代が必要になった場合に備えて申し込む		事業所 所在地

サービス管理責任者・児童発達支援管理責任者として従事する予定の事業所について (配置予定日までに実務経験要件を満たすこと)			
事業所名	※未定の場合は未定と記入		事業所所在 市区町村
市・町・村 区			
事業開始および受講申込者の配置について、 <input checked="" type="checkbox"/> 欄に選択のうえ、全てご記入ください			
<input type="checkbox"/> 既存事業所	指定番号		指定年月日
	申込者の配置(予定)年月日		令和 年 月 日
<input type="checkbox"/> これから申請	申請先(市町村)		担当課
	※申請内容を確認することがありますので、わかる範囲で記載してください		
	事業開始(予定)年月日	年 月 日	<input type="checkbox"/> 令和 年度中に開始予定 <input type="checkbox"/> 開始年度未定
	配置(予定)年月日	年 月 日	<input type="checkbox"/> 令和 年度中に配置予定 <input type="checkbox"/> 配置年度未定
事業種別 (主な該当事業に○)	1 療養介護 2 生活介護 3 就労移行支援 4 就労継続支援(A型・B型) 5 就労定着 6 自立訓練(機能訓練・生活訓練) 7 共同生活援助 8 自立生活援助 9 障がい児通所支援 10 障がい児入所支援 11 府・市町村機関 12 その他()		
配置および優先順位	厚生労働省で定める人員基準上、サービス管理責任者を複数配置しなければならない場合の配置人数		人
	同一事業所から複数申込をする場合の優先順位 (事業所等の代表者に確認のうえ記入してください)		____ 人中 ____ 人目
誓約書について ※下記いずれかに <input checked="" type="checkbox"/> をご記入ください <input type="checkbox"/> サービス管理責任者・児童発達支援管理責任者のやむを得ない事由による欠如について、市町村等担当部局に <input type="checkbox"/> 届け出ている <input type="checkbox"/> 届け出していない ※「届け出ている」にチェックをした場合、指定担当部局提出後の受付印のある『研修受講等誓約書』の写しを必ず添付してください <input type="checkbox"/> サービス管理責任者・児童発達支援管理責任者は欠如していない ※誓約書の提出は必要ありません(新規開設時含む)			
推薦欄 下記の者は指定障がい福祉サービスのサービス管理責任者、もしくは指定障がい児支援の児童発達支援管理責任者として、本申込書に記入した内容について相違ないことを確認し、受講者として推薦いたします。また、下記推薦者について受講に関する不正があった場合は当該受講者の受講不可その他必要な措置を行うことについて承知しています。 <div style="text-align: right;">令和 年 月 日</div> 法人名 _____ 事業所等名 _____ 事業所等所在地 _____ 法人・事業所等代表者 資格・氏名 _____			
<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: fit-content; margin: auto;"> 法人または事業所 印 ※個人印・コピー不可 </div>			
申込者署名欄 本研修の受講申込みにあたり、学則及び募集要項の記載内容を了承し、本申込書に虚偽なく記入いたしました。また推薦者からの推薦の取り下げがあった場合は、それに従います。当該事業の指定申請状況等について、事業の指定権者へ照会することについて了承します。 <div style="text-align: right;">令和 年 月 日 申込者署名(自筆) _____</div>			
理由書 ※配置予定の法人(事業所)から推薦が得られない場合は必ず理由を記入してください。 <input type="checkbox"/> サービス管理責任者・児童発達支援管理責任者として従事する事業所が未定 <input type="checkbox"/> その他() <input type="checkbox"/> 法人設立中のため推薦が得られない(下記についてご確認の上、ご署名ください) 10月末までに本申込書「推薦欄」を記入し、公印を押印の上再提出します。再提出できない場合、受講取消及び受講料の返還がないことについて了承します。 <div style="text-align: right;">令和 年 月 日 申込者署名(自筆) _____</div>			

①受講決定は、募集要項の7「受講者選考について」に記載の優先順位に基づいて決定します。

②「配置(予定)年月日」「事業開始時期」は必ず記入してください。記入のない場合は未定とみなします。

※既に配置されている方は配置日を、配置予定の方は予定配置日を、配置予定の月日が未定の場合は年度のみ、未定の場合は未定に、それぞれ記入してください。