

2日課程 様式2

受付NO		
NO		

令和元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

※本人が必ず自筆で記入した上で、配置予定の法人・事業所等代表者から推薦を受けて申込みください。

※各項目について、記入漏れのないよう正確に記入し、○印をし、☑をしてください。

※記入漏れや不備があった場合は申込み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電話番号をご記入ください。	
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
	事業種別	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 5. 就労継続支援B型 6. 就労定着 7. 自立訓練（機能訓練・生活訓練） 8. 共同生活援助 9. 自立生活援助 10. 障がい児通所支援 11. 障がい児入所支援 12. 相談支援（一般・特定） 13. 障がい児相談支援 14. 重度障がい者等包括支援 15. 基幹相談支援センター 16. 市町村・府機関 17. 居宅介護 18. 重度訪問介護 19. 行動援護 20. 同行援護 21. 短期入所 22. 施設入所支援 23. 高齢福祉関係 24. その他（ ） ※該当する番号に○をつけてください	
実務経験年数等	実務経験要件に 該当する資格	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. 資格なし	
	直接支援業務	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（令和元年8月31日時点） ※実際に業務に従事した日数が1年あたり180日以上あるものを要件とします。
	相談支援業務	年 月	
	国家資格で業務	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確認してください			
研修にあたり 配慮すべき事項	必要	1. 車いす（電動・手動） 2. 手話通訳 3. 要約筆記	同行介助者 （有・無）
	不要	4. 点字資料 5. 拡大文字 6. その他（ ） ※ 必要か不要かに○印をつけ、必要な方は上記の該当項目に○をつけてください。	

①受講決定は、募集要項の9「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裏面の「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。

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		事業所所在 市区町村	
事業種別 (該当事業一つに○)	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()		

事業開始および受講申込者の配置について、欄に選択のうえ、記入してください。

<input type="checkbox"/> 既存事業所	指定番号		指定年月日	年	月	日
	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、市町村担当部に <input type="checkbox"/> 届け出ている <input type="checkbox"/> 届け出していない					
	※ 届け出ているをチェックした事業所は市町村の受付印のある『研修受講等誓約書』写しを添付してください。					
	受講申込者の配置(予定)年月日	令和	年	月	日	
<input type="checkbox"/> 本申請中 <input type="checkbox"/> 事前申請中	申請・協議先(市町村)	担当課	担当者			
	※ 申請・協議状況を確認することがありますので、必ず記載してください。					
	事業開始(予定)年月日	令和	年	月	日	
	受講申込者の配置(予定)年月日	令和	年	月	日	
<input type="checkbox"/> 事業開始(配置)時期が未定	<input type="checkbox"/> ____年度に事業開始予定		<input type="checkbox"/> ____年度に配置を予定		<input type="checkbox"/> 時期は未定	

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
---	---------------

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
---	-------

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 _____
- 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 _____
- 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 _____

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。

令和 元 年 月 日

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 _____

法人または事業所

印

※個人印・コピー不可

申込者署名欄

本研修の受講申込にあたり、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。

令和 元 年 月 日 申込者署名 _____

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。

令和 元 年 月 日 申込者署名 _____