

【7日課程】 令和5年度大阪府相談支援従事者初任者研修 受講申込フォーム

(実施法人：社会福祉法人大阪市障害者福祉・スポーツ協会)

＜申し込みの前に必ずお読みください＞

※本研修は相談支援専門員として従事される方のための研修です。サービス管理責任者及び児童発達支援管理責任者に従事される予定の方は、11月募集予定の「初任者研修2日課程」にお申し込みください。

※受講申込者ご本人が入力のうえお申し込みください。

※配置予定の法人・事業所の代表者から推薦を受けてお申し込みください。推薦が得られない場合は、理由欄の該当部分にチェックをしてください。

※各項目について入力漏れのないよう正確に入力してください。未入力などのフォーム不備があった場合は受付いたしかねます。

※虚偽の内容により申し込みをされた場合は、修了証書交付後であっても取り消し等の措置をとることがあります。

※本研修は所定の研修プログラムに基づいて実施します。募集要項を熟読していただき、研修内容を承知の上でお申し込みください。

【申し込み・入力についてのご注意】

- ・英数字は必ず半角にて入力してください。
- ・各入力項目は正確に入力してください。入力内容に誤りがあると申し込みが正しく完了できない場合があります。
- ・氏名・ふりがなはフルネームで入力してください（ふりがなは全角ひらがな）。フルネームでの入力がない場合は受付できません。
- ・機種依存文字・旧漢字体は文字化けの原因となるため使用をお控えください。氏名などを旧漢字体で入力する場合は「つちよし」等の補足説明を入力してください。
- ・送信完了後、入力されたメールアドレスに内容確認の自動返信メールが届きます。一日経過しても返信メールが届かない時は、研修事務局までお問い合わせください。

1.受講申込者について

必須 申込者氏名

姓

修了証書に明記しますので、氏名の漢字を正確に入力してください。

名

常用漢字以外を使用されている方は補足説明と「推薦書」の署名を正確にご記入ください。

※常用漢字以外を使用されている方は、チェックして補足説明を入力してください。

☐ 常用漢字以外を使用

補足説明 例：「辻（いちつじ）」

（例）「辻（いちつじ）」「高（はしごだか）」「面（たてにし）」など

必須 申込者氏名(ふりがな)

せい

めい

必須 生年月日（西暦）

yyyy/mm/dd

直接、年月日の数字を記入するか、枠内右にあるカレンダーマークをクリックすると年月日を選択することができます。

※年はyyyy、月はmm、日はddをクリックして入力してください。

必須 自宅住所

※番地、マンション名、部屋番号まで正確に入力してください。

郵便番号例：000-0000※ハイフンあり・半角

【選択して下さい】 ▼

住所

必須 申込者電話番号

※平日の日中に連絡がつく電話番号

【選択して下さい】▼

例：000-0000-0000 ※ハイフンあり・半角

必須 メールアドレス

例：aaaa@bbb.ccc

※本申込フォーム送信後に、申込内容の確認メールが自動で返信されます。

必須 メールアドレス（確認のためもう一度）

例：aaaa@bbb.ccc

必須 研修受講における配慮事項

☐必要 ☐不要

配慮について【必要】な方は、該当する項目にチェックしてください。

車いす（電動） 車いす（手動） 手話通訳 要約筆記

点字資料 拡大文字

その他 その他を選択された場合、ご入力ください

同行介助者 有の場合

有 無 名

2.現在従事している事業所について

必須 現在従事している事業所及び実施事業種別

☐従事している ☐従事していない

法人名

例）株式会社〇〇〇、特定非営利活動法人△△△

※法人・会社名などの正式名称をスペースを入れずに入力してください。

事業所名

事業所等所在地

郵便番号例：000-0000※ハイフンあり・半角

【選択して下さい】 ▼

住所

※番地、マンション名、部屋番号まで正確に入力してください。

事業所等電話番号

例：000-0000-0000 ※ハイフンあり・半角

事業所等FAX番号

例：000-0000-0000 ※ハイフンあり・半角

問い合わせ担当者名 ※本人の場合は「ほんにん」と入力してください。

問い合わせ担当者名（ふりがな）

担当者連絡先

- ☐ 事業所等電話番号と同じ
- ☐ 上記電話番号と異なる場合

例：000-0000-0000 ※ハイフンあり・半角

事業種別 ※主たる事業1つを選択

【選択して下さい】 ▼

その他を選択された場合、ご入力ください

3.相談支援専門員としての 実務経験年数等について

必須 相談支援専門員の要件となる実務経験年数（令和5年11月21日時点の見込み）

※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入力してください。

※実務経験に関するお問い合わせは、ホームページに掲載している「相談支援専門員の要件となる実務経験について」をご確認いただき、ご不明な点は各市町村の指定権者（事業の申請を行う市町村等）までお問い合わせください。

※相談支援業務・直接支援業務は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。

※①または②の経験がない場合、0年0ヶ月を選択してください。

必須 ①相談支援業務 **実務経験証明書、経歴書等の提出は不要です。**

【（年）選択して下さい】 ▼ 【（ヶ月）選択して下さい】 ▼

必須 ②直接支援業務

【（年）選択して下さい】 ▼ 【（ヶ月）選択して下さい】 ▼

【自動計算】ここをクリック

必須 計（①+②） **①相談支援業務と②直接支援業務を合計した年数。**

通算 【（年）選択して下さい】 ▼ 【（ヶ月）選択して下さい】 ▼

必須 資格（国家資格以外）

【選択して下さい】 ▼

【（年）選択して下さい】 ▼ 【（ヶ月）選択して下さい】 ▼

必須 資格（国家資格）

【選択して下さい】 ▼ その他を選択された場合、ご入力ください

【（年）選択して下さい】 ▼ 【（ヶ月）選択して下さい】 ▼

国家資格による業務

※介護福祉士・社会福祉士・精神保健福祉士・理学療法士・柔道整復師・看護師・其他国家資格に基づき当該資格に係る業務に従事した期間

4.相談支援専門員として 従事する予定の事業所について

必須 配置予定先の事業所及び実施事業種別

- ☐ 従事する事業所が決まっている
- ☐ 従事する事業所が決まっていない

必須 配置予定事業所・施設名

※決まっていない場合は未定と入力

必須 事業所所在市区町村

※以下の市区町村が申込者のインターバル受入先となります
都道府県

【選択して下さい】 ▼

市区町村

大阪市、堺市の場合は区まで入力してください。

区

必須 事業種別

※主たる事業1つを選択

【選択して下さい】 ▼

その他を選択された場合、ご入力ください

5.事業開始および申込者の配置について

必須 ※以下のAかBのいずれかにチェックして内容を入力してください。

☐ A.既存事業所に配置予定

事業所指定番号

障がい福祉サービス指定事業所番号 例) 大阪府の場合 27xxxxxxxx

指定年月日

yyyy/mm/dd

申込者の配置(予定)年度

☐ 令和5年度、令和6年度 (令和 【選択(年)】 ▼ 年 【選択(月)】 ▼ 月)

☐ 令和7年度

☐ 令和8年度

☐ 配置時期は未定

配置事由

☐ 交代

☐ 増員1人目

☐ 増員2人目

☐ 増員3人目以降

現時点の相談支援専門員の人数

人

現時点の契約利用者数

人

配置予定先の事業所について入力してください。

○B.新規事業所に配置予定

※推薦がない、従事する予定が決まっていない場合も、Bにチェック

配置事由

☐ 1人目

☐ 2人目

☐ 3人目以降

事業開始(予定)日

令和 年 【選択（月）】▼月

令和 年度に開始予定

開始時期は未定

申込者配置(予定)年月

令和5年度、令和6年度

（令和 【選択（年）】▼年 【選択（月）】▼月）

令和7年度

配置時期は未定

6.推薦について

必須 『同一配置事業所』から複数名申し込みする場合の優先順位

※配置予定の事業所等代表者に確認し、正確に入力してください

※下記に複数申込者の氏名を記入

☐ 複数名申し込みなし ☐ 複数名申し込みあり

優先順位について 【選択】▼人中 【選択】▼位

1位

2位

3位

同じ事業所に複数名配置をする場合は、優先順位をつける
必要がありますので、優先順に氏名を入力してください。

4位

5位

必須 推薦の有無についてチェックをしてください。

☐ 推薦がある（受講推薦書の全項目を記入）

☐ 推薦が得られない（受講推薦書の推薦欄以外を記入）

推薦が得られない方も、推薦書は必ず添付してください。

必須 受講推薦書を添付してください。

※ファイルの形式はjpg,jpeg,png,gif,pdfのみとなります。

※ファイルのサイズは、3MBを超えないようにしてください。

※ファイル名は、申込者氏名にしてください。

ファイルの選択 ファイルが選択されていません

推薦が得られない場合は必ず下記にチェックしてください。

相談支援専門員として、従事する事業所が未定のため

法人設立予定のため推薦が得られない

その他の理由

その他を選択された場合、ご入力ください

7. 確認事項

必須 ケース（事前課題）の選定について

ケースの選定にかかる留意事項

● 実事例の選定方法（以下の全てに該当する利用者を選定すること）

① 受講者ご自身のケースで、実際に面談が可能な利用者

② 守秘義務が守られる場所で面談可能な利用者

③ ケアマネジメント技法を用いた支援に適する利用者

（例）地域生活（在宅生活）、入所・入院からの地域移行に関する支援の対象者、地域の複数の社会資源を活用している（したい）利用者、ひとつ以上の障がい福祉サービスを利用している（したい）利用者など

④ 自らの課題意識でアセスメントをしたい、あるいはアセスメントについて他者の意見を聞いてみたい利用者

⑤ ケース提供について、承諾が得られる利用者

※必ず利用者の了解を得てください。受講者と実習協力者間のトラブルについて事務局は一切関与しません。

※ 65歳以上の介護保険サービス利用者であっても、上記①～⑤を全て満たす場合は可とします。

※実際の支援の中では下記のような方も当然おられるはずですが、実習の獲得目標・研修意図から、以下に挙げる利用者はケース選定から避けて下さい。

- ・ 緊急性の高い事例、危機介入の必要な利用者。
- ・ 本研修の期間中に関係性の構築が困難な利用者。
- ・ 本研修の期間中に会うことが困難な利用者。

- ・現在のところ本人のゴールがない、本研修の期間中に定まりがたいと想定される利用者。
- ・ケースの特性上、個人が特定される可能性がある利用者

上記「ケースの選定にかかる留意事項」をご確認の上、同意頂けましたら「同意欄」にチェックを入れてください。

☐ 同意する

※ご自身のケース（演習課題）の準備ができるかどうかをご確認の上、お申し込みください

必須 動画視聴について（動画配信はYouTubeにておこないます）

動画視聴をするためのパソコン又はタブレット等の端末を

【選択してください】 ▼

必須 確認（すべてにチェック）

- ☐ 本研修の受講申し込みにあたり、学則及び募集要項に記載の内容を理解し、申込フォームに虚偽なく入力しました。
- ☐ 推薦者からの推薦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。
- ☐ 市町村における相談支援の体制整備の推進及びインターバル受入のため、申込内容と受講後の修了状況について、市町村に対し情報を提供すること、また市町村からインターバル受入及び相談支援専門員としての配置状況の確認を受けることを了承します。
- ☐ インターバル課題実習を行うための実事例が提出できること、かつインターバル課題実習の資料を提出できることを確認しました。
- ☐ 本研修の申し込みにあたり、研修事業者が得た個人情報（公的機関へ提出する場合を除き本研修以外では使用しないこと）及び本申込フォームにて入力した個人情報については返却されないことを了承します。

必須 送信内容確認

☐ 上記送信内容を確認しました

確認画面へ

（まだ申し込みは完了していません）