

2日課程 様式2

受付NO	
NO	

令和4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。
 ※虚偽の内容により申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

ふりがな				昭和・平成
申込者氏名				生年月日 年 月 日
自宅住所	〒 ※講義資料を自宅に送付しますので、お間違えのないようご記入ください			
申込者問合せ先	☎ ※平日の日中（9時から17時）に連絡がつく番号をご記入ください			
研修受講における 配慮事項	1. 必要 2. 不要	※ 必要な配慮事項をご記入ください		
現在従事している 事業所について	法人名			
	事業所名			
	事業所所在地	〒		
	事業所電話番号	☎	担当者名 ひらがな	
	事業種別 ※主たる事業に○を 1個つけてください	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 (令和5年1月29日現在)	①相談支援の業務	年 月	サービス管理責任者等の要件となる実務経験年数 ※①と②が重複しないよう合算	
	②直接支援の業務	年 月	通算	年 月
	実務経験要件 にかかる資格	1. 社会福祉主事任用資格 2. 児童指導員任用資格 3. 精神障がい者社会復帰指導員 4. 保育士 5. 介護職員初任者研修（訪問介護員2級以上）に相当する研修の修了者 6. 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（養護教諭を除く） 7. 介護福祉士 8. 社会福祉士 9. 精神保健福祉士 10. 看護師 11. その他国家資格（ ） 12. 資格なし		
※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 以外の業務を記入してください ※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	国家資格以外の業務 1～6、および12	年 月	国家資格による業務 7～11	年 月
サービス管理責任者等 基礎研修の受講状況	<input type="checkbox"/> ① 受講済 平成・令和 年 月 日 修了 ▶「修了証書」 <input type="checkbox"/> ② 受講予定 令和 年 月 ～受講予定 ▶「受講票」又は「受講決定通知書」			◀いずれかの 複写を添付
OJT 実施（予定）事業所	<input type="checkbox"/> 現在従事している事業所にて実施予定 <input type="checkbox"/> 別の事業所にて実施予定（下記に詳細を記入） <input type="checkbox"/> 未定			
	法人・企業等名			
	事業所等名			
事業所所在地等	〒 -			
※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	電話番号			

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・施設名	事業所所在 市区町村	市 町 村	区
事業種別 <small>主たる事業に○を1個つけてください</small>	1 療養介護 2 生活介護 3 施設入所支援 4 就労移行支援 5 就労継続支援(A型・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. 居宅介護・同行(行動)援護 11 障がい児通所支援 12 障がい児入所支援 13 府・市町村機関 14 その他()		
上記事業所において厚生労働省で定める人員基準上、サービス管理責任者を配置しなければならない場合の配置人数	人	配置先事業所の利用定員	人

▼事業開始および受講申込者の配置について、「既存事業所①」か「既存事業所②」「新規」の☐欄を選択して全てご記入ください

指定番号	指定年月日	年	月	日
<input type="checkbox"/> 既存事業所①	配置基準上2人配置が必要な事業所において、人員基準を満たすため2人目以降のサビ管等として配置予定の方のみ 申込者の配置年月日 2人目の配置が必要な理由	令和	年	月
		<input type="checkbox"/> 2人目サビ管の欠員	<input type="checkbox"/> 事業拡大により2人目の配置が必要	☐欄を選択 詳細に記載する事
<input type="checkbox"/> 既存事業所②	実践研修修了後1人目サビ管等として配置予定の方 申込者の配置(予定)年度	<input type="checkbox"/> 令和7年度	<input type="checkbox"/> 令和8年度	☐欄を選択
		<input type="checkbox"/> 令和8年度以降(令和 年度)	<input type="checkbox"/> 配置時期は未定	
<input type="checkbox"/> 新規事業所	事業開始(予定)年月 受講申込者の配置(予定)年月	<input type="checkbox"/> 令和 年 月	<input type="checkbox"/> 令和 年度に開始予定	☐欄を選択
		<input type="checkbox"/> 令和7年度	<input type="checkbox"/> 令和8年度	☐欄を選択
		<input type="checkbox"/> 令和 年度に配置予定	<input type="checkbox"/> 配置時期は未定	

▶新規事業所を申請予定の方は、各市町村の指定権者に提出予定の「指定申請書」と「指定に関する記載事項」の複写を添付してください。

同一事業所から複数配置(申込み)する場合の優先順位	人中	人目	☐欄を選択して、正確に記入してください
---------------------------	----	----	---------------------

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 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 役職 _____ 氏名 _____

法人または事業所
印

※個人印・コピー不可

▼ 推薦が得られない、または推薦者が現在の勤務されている法人と異なる場合は、必ず理由をご記入ください

理由書

① サービス管理責任者等として、従事する事業所が未定のため

② 法人設立予定のため推薦が得られない

③ 現在従事している法人を退職して推薦法人に従事予定

④ その他()

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。

令和 年 月 日 申込者署名(自筆) _____

2日課程 様式2

受付NO	
NO	

令和4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、該当欄に特殊な漢字の方は、正しくご記入ください。は申込受付をいたしません。
 ※虚偽の内容により申込みをされた場合は、修了証書【例：高・崎】など

ふりがな	けんしゅう	いちろう	生年月日	昭和	平成
申込者氏名	研修	一郎	50年	1月	1日
自宅住所	〒 546-0000 大阪府大阪市東住吉区××1丁目1番1号 △△△マンション101号室			※講義資料を自宅に郵送しますので、郵便番号から最後（マンション名等）まで記入すること	
申込者問合せ先	☎ 06-XXXX-△△△△ ※平日の日中（9時から17時）に連絡がつく番号をご記入ください				
研修受講における配慮事項	1. 必要 2. 不要 ※ 必要な配慮事項をご記入ください				
現在従事している事業所について	法人名	社会福祉法人〇〇福祉会			
	事業所名	生活介護こまがわ			
	事業所所在地	〒 542-0000 大阪府大阪市東住吉区××2丁目2番2号			
	事業所電話番号	☎ 06-□□□□-0000	担当者名	はりながの	
	事業種別	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. 小規模多機能型居宅介護 8. 市町村・府機関 9. 相談支援 10. 居宅介護・同居型介護 11. 高齢福祉関係 12. その他（ ）			
実務経験年数 (令和5年1月29日現在)	①相談支援の業務	3年0ヶ月	サービス管理責任者等の要件となる実務経験年数 ※①と②が重複しないよう合算		
	②直接支援の業務	3年0ヶ月	通算 6年0ヶ月		
	実務経験要件にかかわる資格	1. 社会福祉士主任任用資格 2. 児童指導員任用資格 3. 精神障がい者社会復帰指導員 4. 保育士 5. 介護職員初任者研修（訪問介護員2級以上）に相当する研修の修了者 6. 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（養護教諭を除く） 7. 介護福祉士 8. 社会福祉士 9. 精神保健福祉士 10. 看護師 11. その他国家資格（ ） 12. 資格なし			
	国家資格以外の業務 1～6、および12	3年0ヶ月	国家資格による業務 7～11	3年0ヶ月	
サービス管理責任者等基礎研修の受講状況	<input checked="" type="checkbox"/> ① 受講済	平成・令和4年 8月 8日	修了	「修了証書」	
	<input type="checkbox"/> ② 受講予定	令和 年 月	～受講予定	「受講票」又は「受講決定通知書」	
OJT 実施（予定）事業所	<input checked="" type="checkbox"/> 現在従事している事業所にて実施予定 <input type="checkbox"/> 別の事業所にて実施予定（下記に詳細を記入） <input type="checkbox"/> 未定				
	法人・企業等名				
	事業所等名	〒 -			
事業所等所在地等	電話番号				

●現在、事業所等に所属されていない場合は、その旨を【法人・企業等名】の欄に記入
 ●転職等により現事業所への連絡を希望されない場合は、事業所等電話番号の欄に【現在の事業所へ連絡を希望しない】と赤字で明記

●本人と異なる場合は担当者名をひらがなで記入
 ●本人の場合は【本人】と記入

●ご自身のこれまでの実務経験に関しましては、下記の参考資料をご確認いただき、各事業の届け出をしている市町村担当課にお問い合わせください。
 【実務経験について】（参考1-①および②）

●資格については【実務経験について】（参考1-①および②）を確認して、該当する資格に○をつけた後に年数を記入

●受講状況に関してチェックを入れて、該当する書類の複写を準備し、いずれかの複写を添付

●受講決定通知書が届いていない方は、サービス管理責任者等基礎研修の申込書の複写を添付してください

※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

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・施設名	生活介護こまかわ	事業所所在 市区町村	大阪 市 東住吉 区
事業種別	1 療養介護 2 生活介護 3 施設入所支援 4 就労移行支援 5 就労継続支援(A型・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. 居宅介護・同行(行動) 援護 11 障がい児通所支援 12 障がい児入所支援 13 府・市町村機関 14 その他()		
上記事業所において厚生労働省で定める人員基準上、サービス管理責任者を配置しなければならない場合の配置人数	1 人	配置先事業所の利用定員	30 人
▼事業開始および受講申込者の配置について、「既存事業所①」か「既存事業所②」「新規」の図欄を選択して全てご記入ください			
指定番号	27XXXXXXXXXX	指定年月日	平成 30 年 4 月 1 日
<input type="checkbox"/> 既存事業所①	配置基準上2人配置が必要な事業所において、人員基準を満たすため2人目以降のサビ管等として配置予定の方のみ 申込者の配置年月日 令和 年 月 日 2人目の配置が必要な理由 <input type="checkbox"/> 2人目サビ管の欠員 <input type="checkbox"/> 事業拡大により2人目の配置が必要		◀図欄を選択 ▶詳細に記載
<input checked="" type="checkbox"/> 既存事業所②	実践研修修了後1人目サビ管等として配置予定の方 申込者の配置(予定)年度 <input checked="" type="checkbox"/> 令和7年度 <input type="checkbox"/> 令和8年度 <input type="checkbox"/> 令和8年度以降(令和 年度) <input type="checkbox"/> 配置時期は未定		◀図欄を選択 ▶今後の配置年月日が確定している場合は、いずれかに図をする
<input type="checkbox"/> 新規事業所	事業開始(予定)年月 <input type="checkbox"/> 令和 年 月 <input type="checkbox"/> 令和 年度に開始予定 <input type="checkbox"/> 開始時期は未定 受講申込者の配置(予定)年月 <input type="checkbox"/> 令和7年度 <input type="checkbox"/> 令和8年度 <input type="checkbox"/> 令和 年度に配置予定 <input type="checkbox"/> 配置時期は未定		◀図欄を選択 ▶新規事業所を申請予定の方は、各市町村の指定権者に提出予定の「指定申請書」と「指定に関する記載事項」の複写を添付してください。
同一事業所から複数配置(申込み)する場合の優先順位	2 人中 1 人目	◀配置予定の事業所等代表者に確認して、正確に記入してください	
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。		
法人名	社会福祉法人おおさか福祉会	令和4年11月17日	●法人印である【公印】を押印 ※本人印は不可
事業所等名	生活介護こまかわ		
事業所等所在地	〒546-0000 大阪府大阪市東住吉区××2丁目2番××		●配置予定の事業所が現在所属の法人と異なる場合は、今後配属される予定の事業所の法人代表者から推薦を受けてください ●上記の理由の場合、理由書の③にチェックを入れる事 ●受講申込者が代表者の場合は自薦
法人・事業所等 代表者	役職 所長 氏名 針中野 花子		※個人印・コピー不可
▼推薦が得られない、または推薦者が現在の勤務されている法人と異なる場合は、必ず理由をご記入ください			
理由書	<input type="checkbox"/> ① サービス管理責任者等として、従事する事業所が未定のため <input type="checkbox"/> ② 法人設立予定のため推薦が得られない <input type="checkbox"/> ③ 現在従事している法人を退職して推薦法人に従事予定 <input type="checkbox"/> ④ その他()		
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。		
	令和4年11月17日	申込者署名(自筆) 研修 一郎	●必ず申込者自身で署名 ※代筆の場合は、代筆者の署名を併記すること