

平成30年度鳥取県サービス管理責任者・児童発達支援管理責任者研修 受講申込書

- 全ての項目について、ご記入ください（該当する に をしてください）。
- 複数の分野を申込の方は、分野ごとの申し込みが必要です（多機能型事業所配置予定の方に限りです）

(ふりがな) 申込担当者名	日中連絡がとれる連絡先 ☎ _____ (固定) ☎ _____ (携帯)
------------------	---

1. 基本情報 ※ 氏名・生年月日は、必ず本人（受講希望者）が記載してください

(ふりがな) 氏名	性別 <input type="checkbox"/> 女 <input type="checkbox"/> 男
生年月日	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 年 月 日
法人（会社）名称	
勤務先名称	
事業種別	<input type="checkbox"/> 療養介護 <input type="checkbox"/> 生活介護 <input type="checkbox"/> 自立訓練（機能訓練） <input type="checkbox"/> 自立訓練（生活訓練） <input type="checkbox"/> 共同生活援助 <input type="checkbox"/> 就労移行支援 <input type="checkbox"/> 就労継続支援（A型） <input type="checkbox"/> 就労継続支援（B型） <input type="checkbox"/> 障がい児入所施設 <input type="checkbox"/> 児童発達支援 <input type="checkbox"/> 放課後等デイサービス <input type="checkbox"/> 保育所等訪問支援 <input type="checkbox"/> その他（ _____ ）
勤務先住所	〒 _____ ☎ _____ (事業所)
配慮事項	<input type="checkbox"/> 車いす <input type="checkbox"/> 手話 <input type="checkbox"/> その他（ _____ ）

2. 申込について

複数人申込みする場合の、事業所内での優先順位	人中 _____ 番目
希望分野 ※ 1枚の申込書で選択する分野は、必ず1つだけにしてください	<input type="checkbox"/> 地域生活（身体） <input type="checkbox"/> 就労分野 <input type="checkbox"/> 介護分野 <input type="checkbox"/> 児童発達支援管理責任者研修 <input type="checkbox"/> 地域生活（知的・精神）
実務経験／通算年数（H30年8月1日現在） ※ 別紙1、鳥取県ホームページを参照し、該当する実務経験を記載してください ※ なお、実務経験証明書等の提出は不要です	<input type="checkbox"/> サービス管理責任者研修 _____ 年 _____ ヶ月 <input type="checkbox"/> 児童発達支援管理責任者研修 _____ 年 _____ ヶ月
現在所持している関連資格	<input type="checkbox"/> 資格なし <input type="checkbox"/> 社会福祉士 <input type="checkbox"/> 精神保健福祉士 <input type="checkbox"/> 保健師 <input type="checkbox"/> 介護支援専門員 <input type="checkbox"/> 社会福祉主事任用資格 <input type="checkbox"/> 介護福祉士 <input type="checkbox"/> 訪問介護員（ _____ 級） <input type="checkbox"/> 保育士 <input type="checkbox"/> 介護職員基礎研修 <input type="checkbox"/> 介護職員初任者研修 <input type="checkbox"/> 介護職員実務者研修 <input type="checkbox"/> その他（ _____ ）
相談支援従事者初任者研修（2日間・11.5h）の受講状況について	<input type="checkbox"/> 受講済み（平成 _____ 年度） <input type="checkbox"/> 未受講
サービス管理責任者・児童発達支援管理責任者としての従事予定時期について	<input type="checkbox"/> 就任済み（暫定含む） <input type="checkbox"/> 本年度中（H30年度） <input type="checkbox"/> 来年度中（H31年度） <input type="checkbox"/> 未定

3. 受講希望理由

受講希望理由	<input type="checkbox"/> 暫定配置として、現在サービス管理責任者又は児童発達支援管理責任者として従事しているが、研修未受講 <input type="checkbox"/> 多機能型のサービス管理責任者就任中で、未受講分野の受講 <input type="checkbox"/> 今後新規事業開始を予定しているが、研修を修了している者がいない (※)
	(※) 新規事業所の開設予定時期 <input type="checkbox"/> 平成 年 月 頃 <input type="checkbox"/> 未定 (理由:)
考慮すべき事柄	<input type="checkbox"/> 配置される予定の事業所に既に研修修了者はいるが、基準上 (利用定員) 複数のサービス管理責任者の配置が必要であり、研修終了後配置される予定 <input type="checkbox"/> 配置される予定の事業所に、既に研修修了者はいるが、その者の退職・人事異動等により交替する <input type="checkbox"/> すぐに就任予定はないが、急な配置の備え <input type="checkbox"/> その他 (具体的に)
	※ 選考において、特に考慮すべき事情がある方は、以下に簡潔に記載して下さい

4. サービス管理責任者等として配置予定の事業所

事業所名	
所在市町村	都 道 区 市 府 県 町 村
事業所概要	<input type="checkbox"/> 既存の事業所 <input type="checkbox"/> 現在申請中 <input type="checkbox"/> 事前協議中 <input type="checkbox"/> これから申請予定
事業種別	<input type="checkbox"/> 療養介護 <input type="checkbox"/> 生活介護 <input type="checkbox"/> 自立訓練 (機能訓練) <input type="checkbox"/> 自立訓練 (生活訓練) <input type="checkbox"/> 共同生活援助 <input type="checkbox"/> 就労移行支援 <input type="checkbox"/> 就労継続支援 (A型) <input type="checkbox"/> 就労継続支援 (B型) <input type="checkbox"/> 障がい児入所施設 <input type="checkbox"/> 児童発達支援 <input type="checkbox"/> 放課後等デイサービス <input type="checkbox"/> 保育所等訪問支援 <input type="checkbox"/> その他 ()

5. 事業所からの推薦と署名

推薦欄	上記の者については、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。 平成 年 月 日 所属名 _____ 所属長 _____ 代表者印
受講希望者署名	本申込書に記入した内容および、推薦欄のとおり推薦を受けて申し込むことに間違いありません。また、推薦者から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、指定権者へ照会することに了承します。 平成 年 月 日 受講希望者署名 _____ (自著)
※ 個人申込の方	※ 所属事業所から推薦が受けられない場合は、必ず理由を記載してください。

注 1 本申込書は、受講者選考の参考となります。内容については、正確に記載してください。

注 2 本申込書は、事業所指定要件を満たしていることを確認するものではありません。指定要件に関するお問い合わせは、最寄りの福祉保健局までお問い合わせください (開催要項参照)。