

(様式1)

令和4年度サービス管理責任者等実践研修受講申込書

【申込受付期間：10月28日(金)17時必着(FAX不可)】

ふりがな		生 年 月 日	昭和・平成	年	月	日
氏名		(男・女)			(	歳)
勤務先	事業所名	(サービス種別： )			優先順位 ※1	人中
	住所	〒 -				
	電話番号					
	勤務先での職名					
緊急連絡先 ※2						
相談支援従事者初任者研修の受講状況 (いずれかに☑)	<input type="checkbox"/> 相談支援従事者初任者研修(全課程) [平成・令和 年度] <input type="checkbox"/> " (講義のみの部分受講) [平成・令和 年度] <input type="checkbox"/> 未受講 ※ <u>県外で受講された方は</u> 、修了証書の写しを添付してください。					
サービス管理責任者等研修の受講状況 (いずれかに☑)	<input type="checkbox"/> 平成 年度(修了分野： ) <input type="checkbox"/> 令和 年度 基礎研修修了 ※ <u>県外で受講された方は</u> 、修了証書の写しを添付してください。					
今回希望する資格 (1つ以上に☑)	<input type="checkbox"/> サービス管理責任者 <input type="checkbox"/> 児童発達支援管理責任者					
サービス管理責任者等基礎研修修了後の実務について  (※ <u>基礎研修修了後</u> 、直接支援または相談支援の業務が通算2年以上必要です。)	<input type="checkbox"/> 基礎研修修了後、経過措置でサビ児管として従事している					
	従事期間	主な業務内容				
	年 月～ 年 月					
	年 月～ 年 月					
	年 月～ 年 月					

※1：同一事業所から複数名の申込みを行う場合、事業所内での優先順位を記載してください。

※2：当日に研修を中止するなど、緊急連絡を要するときに使用します。

上記の者は、サービス管理責任者等基礎研修修了後、2年以上の実務があることを証明します。

事業所名

事業所の代表者

職・氏名

印