

(様式1)

令和4年度サービス管理責任者等基礎研修受講申込書

【申込受付期間：9月9日（金）17時必着（FAX不可）】

* 申込に際しての留意事項を御一読の上記入ください。太枠内は必ず本人が楷書で丁寧に記入ください。

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						
指定申請予定又は開設の事業名及び時期 ※3	(サービス種別：) (年 月 申請予定・開設済み・開設時期未定)					
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 ※県外で受講された方は、修了証書の写しを添付してください。					
その他過去の受講状況	(平成・令和 年度、) (平成・令和 年度、)					
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					
受講の目的	1 サービス管理責任者又は児童発達支援管理責任者が未配置で、基礎研修修了後すぐに従事するため 2 新規開設の事業所に、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配置のため 3 配置予定時期は未定だが、基礎研修の受講対象要件を満たしており、今後の配置に備えて 4 その他、今年度受講が必要な理由 ()					

※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。

※3：新たな事業の指定申請予定がある又は1年以内に開設した場合に記載してください。

(様式2)

令和4年度サービス管理責任者等基礎研修実務経験調査書

ふりがな		生年月日	昭和・平成
氏名			年 月 日

* 1. 2ともに証明書等の添付は必要ありません。

1 サービス管理責任者等の要件として算定される実務経験等について、古いものから順に記載してください。

従事期間 (年 月~年 月)	従事年月 (年 ヶ月)	勤務先等	職務内容
実務経験年数の 合計	年 月 (令和4年9月末時点)		

2 サービス管理責任者等の要件に関連する資格について、当該資格の種類と取得年月を記載してください。

資格の種類	資格取得年月日

上記の者は、相談支援従事者初任者研修の講義部分を受講済みであり、「令和4年度香川県サービス管理責任者等基礎研修実施要項」の3の対象者に該当することを証明します。

事業所名

事業所の代表者 職・氏名 印