

平成30年度名古屋市サービス管理責任者及び児童発達支援管理責任者研修受講者推薦及び申込書

平成30年6月1日

記入例

標記研修を下記の者に受講させ

※記入漏れのないようお願いします。

設置主体(法人名) 名古屋法人

本申込書の状況を把握している方を記入してください。

印

現在所属している事業所名称 名古屋第一事業所

生活介護

事業所所在地 〒460-8508 名古屋市中区三の丸三丁目1番1号

電話(日中連絡がとれるところ) 052-0000-0000

問合せ担当者名 名古屋 太良

ふりがな	ナゴヤ ハナコ	性別	生年月日
受講者氏名	名古屋 花子	男・ <input checked="" type="radio"/> 女	大正・昭和・平成 60年 (西暦 1985 年)

法人代表者印で押印願います。

受講者住所 〒460-8508 名古屋市中区三の丸三丁目1番1号

実務経験	業務期間	所属	従事内容	相談支援 直接支援の別
	年 月～ 年 月			相・直
	年 月～ 年 月			相・直
	年 月～ 年 月			相・直
	年 月～ 年 月			相・直
	年 月～ 年 月			相・直
相談支援(合計) 年 月		直接支援(合計) 年 月		
(内、障害児、児童又は障害者への支援 年 月)		(内、障害児、児童又は障害者への支援 年 月)		
資格の有無	<input checked="" type="radio"/> 有・無	資格等(例:社会福祉主事任用資格、ヘルパー2級等)		
※ 実務経験証明書の提出は不要です。また、格要件を満たすものと認められたことにはなりません。				

平成31年4月1日時点の状況を記載してください。

サービス管理責任者等の実務経験年数に関連する資格等がある場合は、必ず記入してください。

今回の申込みに係る状況 ※いずれかに○を付けてください。	<input type="radio"/>	①事業所の運営において、必要なサービス管理責任者等がいない事業所
	<input type="radio"/>	②現在サービス管理責任者等として従事しているが、経過措置期間中もしくは、やむを得ない事情を認められての交代であり、研修が未受講の状態。
	<input checked="" type="radio"/>	③今後事業開始を予定している事業所に、他に研修を修了している者がおらず、自らが本研修修了後、直ちにサービス管理責任者等として配置される予定。(事業開始予定時期を必ずご記入ください。→ 平成31年4月)
	<input type="radio"/>	④現在配置されているサービス管理責任者等の退職が決まっており、他に研修を修了しているものがない。(退職時期を必ずご記入ください。→ 年 月)
	<input type="radio"/>	⑤現在配置されているサービス管理責任者等について、具体的に人事異動等を計画したが、新たにサービス管理責任者等を配置できないため、異動を凍結している状態。(いつから異動を凍結しているか必ずご記入ください→ 平成 年～)
	<input type="radio"/>	⑥現時点では具体的に決まっていないが、現在配置されているサービス管理責任者等の退職や人事異動等に備え、資格を用意しておくため。
	<input type="radio"/>	⑦その他(具体的に→ 平成 年 月～)

サービス管理責任者研修等 合同講義 注1)	いずれかに○を付けてください。	
	<input checked="" type="radio"/>	受講する
	<input type="radio"/>	既に他分野で受講しており、免除を希望する
→免除を希望する場合は、次項を記入してください。(修了証書の番号を必ず記入すること。)		
愛知県サービス管理責任者等研修修了状況:	平成 年度 修了証番号	第 一 号

別紙1(裏面)

分野別研修 希望分野 ※いずれかに○を付けてください。	希望分野等 ○欄	分野別	サービス管理責任者等として配置される予定の事業所が実施(予定も含む)するサービス名を○で囲んでください。(該当するものすべて) ↓
	○	第1分野(介護)	療養介護 生活介護
		第2分野(地域生活(身体))	自立訓練(機能訓練)
		第3分野(地域生活(知的・精神))	自立訓練(生活訓練) 共同生活援助 自立生活援助
		第4分野(就労)	就労移行支援 就労継続支援A型 就労継続支援B型 就労定着支援
		児童発達支援管理責任者	福祉型障害児入所施設、医療型障害児入所施設、児童発達支援センター、医療型児童発達支援センター、児童発達支援、放課後等デイサービス、保育所等訪問支援、居宅訪問型児童発達支援
複数分野の受講を希望する場合(注3)	複数受講する理由		
	優先順位		
サービス管理責任者等として従事する事業所の状況について	事業所名	名古屋第二事業所	
	定員(利用者数)(申請・変更時の定員等)	20名 ※多機能型の場合は合計を記入。	
	事業所指定時期(予定も含む) 平成 年 月 指定(予定)	例年、記入漏れが多く見受けられます。必ず全ての分野について、記入してください。	
	同一事業所内で既に研修を受けている人数	第1分野(介護):(0)人 第2分野(地域生活(身体)):(0)人 第3分野(地域生活(知的・精神)):(1)人 第4分野(就労):(0)人 児童発達支援管理責任者:(0)人	
相談支援従事者初任者研修講義部分(2日間連続)の申し込み(○を付けてください)(注2)	<input checked="" type="radio"/> 申し込む	過去に本研修における同講義を受講した者や相談支援従事者初任者研修を修了した者等は、免除されます。その場合は、修了証の番号等を記入してください。これに該当しない場合は、必ず受講が必要です。	
	<input type="radio"/> 申し込まない		
	→	・相談支援従事者初任者研修(5日間 H22以降は6日間)受講済…修了証番号:平成 年度 第 号	
		・相談支援従事者初任者研修講義部分(2日間)受講済…平成 年度 第 号	
		・平成16年以前 障害者ケアマネジメント研修受講+19年度1日受講済み…平成 年度 第 号	
同一分野への複数の申し込みの場合・既受講者がいる場合(注4)	特段の事情により同一事業所から同一分野への複数人数の申込みをする場合又は既受講者がいるが申込みをする場合の理由(具体的に記載…空) 受講決定を決定する際の参考となるため、該当する場合は必ず記入してください。		
	同一分野に複数人数申し込む場合の優先順位 _____		
研修受講にあたって、配慮すべき事項	1. 車椅子用席の用意(一般席への移乗 可・否) 2. 手話通訳 3. その他(
備考	多機能型など、複数の分野等の受講を申し込む場合は、必ず優先順位を記入してください。 ※申込状況によっては、1分野しか受講できない場合があります。		

以下の注意事項を確認すること。

注意事項

- 平成18年度～29年度サービス管理責任者研修を修了した者は、「合同講義」(平成30年10月11日開催)の受講を免除しますので、サービス管理責任者研修等合同講義欄に平成18年度～29年度の修了証書番号等を記載してください。
 なお、愛知県以外で受講された方については、修了証の写しを添付してください。
- サービス管理責任者及び児童発達支援管理責任者の要件は、実務経験とサービス管理責任者研修等修了の他に、「相談支援従事者初任者研修」の「講義部分」を2日間受講する必要があります。受講を希望する場合は、相談支援従事者初任者研修講義部分(2日間連続)の申し込み欄に記載してください。ただし、過去に当該研修を受講した者は免除しますので、同欄に修了証番号を記載してください。
- 複数の分野の受講を希望する場合は、その理由(例:多) **受講決定通知書の送付用封筒にあて先としてこのまま貼り付けますので、通知書が確実に届くよう正しく記入してください。** 記載してその理由
- 原則として、同一事業所から同一分野への複数人数の理由と優先順位を記載してください。

受講決定通知等の送付先

〒460-8508

(住所) 名古屋市中区三の丸三丁目1番1号

(事業所名・担当者名) 名古屋第一事業所 名古屋 太郎