

平成29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

記入例

※記入漏れのないようお願いします。

平成29年6月1日

標記研修を下記の者に受講させたいので推薦いたします。

本申込書の状況を把握している方を記入してください。

設置主体(法人名) **名古屋法人**

現在所属している事業所名称 **名古屋第一事業所**

事業種別 **生**

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) **052-000-0000**

問合せ担当者名 **名古屋 太郎**

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 type="radio"/> 女 <input checked="" type="radio"/>	大正 昭和 ・平成 60 年 6 月 30 日 (西暦 1985 年)

受講者住所	〒 -			
実務経験 ※詳細は別添	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 (内、障害児、児童又は障害者への支援 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)		
資格の有無 <input checked="" type="radio"/> 有・無	資格等(例:社会福祉士主任任用資格、ヘルパー2級)		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。	

※事業者指定要件を満たすことを確認するものではありません。

今回の申込みに係る状況	<input type="checkbox"/> 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配置できず、現に減算対象となっている事業所
	<input type="checkbox"/> ②既に事業を開始しており、現在サービス管理責任者等として従事しているが、経過措置により研修が未受講。
	<input checked="" type="checkbox"/> ③現在、事業所に配置又は配置予定の児童発達支援管理責任者が平成30年4月1日時点において厚生労働省の定める実務経験(平成29年3月27日厚生労働省告示第83号)を満たしておらず、新たに実務経験を満たした児童発達支援管理責任者を配置する必要がある事業所
	<input type="checkbox"/> ④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。ただし、当該年度に事業を開始する事業所を優先する。(事業開始予定時期を必ずご記入ください。→平成30年4月)
	<input type="checkbox"/> ⑤配置される予定の事業所に、既に研修修了者がいるが、指定要件上(利用者定員との関係)、複数のサービス管理責任者等の配置が必要な事業所であり、自らが本研修修了後、直ちにサービス管理責任者として配置される予定。
	<input type="checkbox"/> ⑥配置される予定の事業所に、既に研修修了者がいるが、その者の退職・人事異動等により、サービス管理責任者等を交代する予定。(交代時期を必ずご記入ください。→ 年 月)
	<input type="checkbox"/> ⑦すぐにサービス管理責任者等として配置される予定は無いが、法人内(又は事業所内)において、サービス管理責任者等の配置・交代が必要になった場合に備え、資格を用意しておくため。
	<input type="checkbox"/> ⑧その他(具体的に→)

サービス管理責任者研修等 合同講義 注1)	<input type="radio"/> 受講する
	<input type="checkbox"/> 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研修修了状況: 平成 年度 分野修了 修了証番号 第 一 号

分野別研修 希望分野	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。(※多機能型の場合は、該当する事業全てを○で囲んでください。)
	<input type="radio"/>	第1分野(介護)	療養介護 生活介護
	<input type="radio"/>	第2分野(地域生活(身体))	自立訓練(機能訓練)
	<input type="radio"/>	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
	<input type="radio"/>	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
※いづれかに○を付けてください。		児童発達支援管理責任者	福祉型障害児入所支援、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、保育所等訪問支援事業

サービス管理責任者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 (申請・変更時の定員) 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(0人の場合は0人と記入) 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を受講したとみなされる:(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 type="radio"/> 申し込み	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="checkbox"/> 申し込みない	
	→ 申し込みない場合は、次項の該当する欄に○を付けてください。 ・相談支援従事者初任者研修(3日間)受講済…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込みの場合・既受講者がいる場合	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…空白不可) 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。
---------------------------	---

研修受講にあたっての配慮すべき事項	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 多機能型など、複数の分野等の受講を申込み場合は、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。
-------------------	--

備考注3)	※複数分野等の受講を希望する場合は、優先順位を記載してください。
-------	----------------------------------

注意事項

- (1) 平成18年度～28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29年10月12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～28年度の修了証書番号等を記載してください。
- (2) 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。
- (3) 多機能型など、複数の分野等の受講が必要な場合であっても、申込状況によっては、1分野しか受講決定できない場合がありますので、優先順位を申込書 備考欄に記入してください。