

## 令和3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基礎研修 受講申込書

■全ての項目についてご記入、または該当する欄(□)にチェックを入れてください。

■申込書は1名につき1枚、ご提出ください。

|          |  |             |
|----------|--|-------------|
| ふりがな     |  | 日中連絡が取れる連絡先 |
| 申込み担当者氏名 |  | 固定電話        |
|          |  | 携帯電話        |

## 1. 基本情報

|         |   |                             |       |
|---------|---|-----------------------------|-------|
| ふりがな    |   |                             |       |
| 氏名      |   |                             |       |
| 生年月日    | <input type="checkbox"/> 昭和   | <input type="checkbox"/> 平成 | 年 月 日 |
| 法人(会社)名 |   |                             |       |
| 勤務先名    |   |                             |       |
| 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)<br><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<br><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<br><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<br><input type="checkbox"/> その他( ) |                             |       |
| 勤務先住所   | 〒   |                             |       |
|         | 電話番号  |                             |       |
|         | メールアドレス   |                             |       |
| 配慮事項    | <input type="checkbox"/> 車いす <input type="checkbox"/> 手話 <input type="checkbox"/> 点字 <input type="checkbox"/> その他( )  |                             |       |

## 2. 申込について

|   |  |                                    |                               |
|---|--|------------------------------------|-------------------------------|
| 希望日   | <input type="checkbox"/> 9月14日、15日   | <input type="checkbox"/> 9月29日、30日 | <input type="checkbox"/> 特になし |
| 複数人申込をする場合の、事業所内の優先順位                                   | 人中 番目  |                                    |                               |
| 修了希望  | <input type="checkbox"/> サビ管 <input type="checkbox"/> 児発管  |                                    |                               |
| 実務経験/通算年数(令和3年 月1日現在)<br>※別紙1、別紙2を参照し該当する実務経験を記入してください。 | 年                      ヶ月(令和3年7月1日現在)<br>※実務経験証明書を添付して下さい  |                                    |                               |
| 現在所持している<br>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<br><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<br><input type="checkbox"/> 介護福祉士 <input type="checkbox"/> 訪問介護員( 級) <input type="checkbox"/> 保育士<br><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<br><input type="checkbox"/> その他( ) |                                    |                               |
| 相談支援従事者初任者研修(サビ管・児発管向け)<br>の受講状況                        | <input type="checkbox"/> 受講済み( 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<br>としての従事予定時期                     | <input type="checkbox"/> 研修終了後すぐに <input type="checkbox"/> 本年度中(令和3年 月頃)<br><input type="checkbox"/> 来年度中(令和 年 月予定) <input type="checkbox"/> 未定  |                                    |                               |

3. 受講希望理由

|         |   |  |
|---------|---|--|
| 受講希望理由  | <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 (※)  |  |
|         | (※) 新規事業の開設予定時期   | <input type="checkbox"/> 令和 年 月頃予定<br><input type="checkbox"/> 未定 (理由: ) |
|         | <input type="checkbox"/> 配置される予定の事業所に既にサービス管理責任者等が配置されているが、基準上 (利用定員) 複数のサービス管理責任者等の配置が必要であり、研修終了後配置される予定                         |  |
|         | <input type="checkbox"/> 事業所のサービス管理責任者等が退職・人事異動等により、交代する必要がある   |  |
|         | <input type="checkbox"/> すぐに配置される予定はないが、今後配置されることに対する備えとして受講  |  |
|         | <input type="checkbox"/> スキルアップ (支援力の向上) のために受講したい  |  |
|         | <input type="checkbox"/> その他 ( )  |  |
| 考慮すべき事柄 | <input type="checkbox"/> 既存の事業所 <input type="checkbox"/> 現在指定申請中 <input type="checkbox"/> 事前協議中 <input type="checkbox"/> 今後申請する予定 |  |

4. サービス管理責任者として配置予定の事業所

|       |  |      |
|-------|--|------|
| 事業所名  |  |      |
| 所在市町村 | 都道府県   | 区市町村 |
| 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)<br><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<br><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<br><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<br><input type="checkbox"/> その他 ( ) |      |

5. 事業所からの推薦と署名

|         |  |
|---------|--|
| 推薦欄     | <p>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、受講者として推薦します。</p> <p>令和 年 月 日</p> <p>法人名</p> <p>事業所名</p> <p>法人代表者 <span style="float: right;">代表者印 (必ず押印)</span></p>   |
| 受講希望者署名 | <p>本申込書に記入した内容に相違はなく、推薦欄のとおり推薦を受けて申し込みいたします。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ついて了承いたします。</p> <p>令和 年 月 日</p> <p style="text-align: center;">受講希望者署名 <span style="float: right;">(必ず自署)</span></p> |
| 個人申込の方  | <p>※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。</p>   |

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入してください。

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鳥取市、並びに中部福祉保健局、西部福祉保健局までお問合せください。