

# 研修お申込み方法

<熊本県サービス管理責任者等研修>

令和8年度に保健福祉振興財団の研修をお申込みされた方で「U-\*\*\*\*\*」のアカウントを持っている方は「P3.②研修申込」へお進みください。

●下記手順に沿ってお進みください。



## ① 保健福祉振興財団 アカウント作成



1. 「障害福祉に関する研修」ボタンより希望する研修のページへ入る。

<https://kensyu.hokenfukushi.or.jp/wel21/>

2.  **新規登録** ←「◎申込方法」の左記のボタンよりアカウントを作成する。

※法人・事業所からの申込者が複数いる場合は、**申込者1人ずつのアカウント作成が必要**です。

3. 「アカウント登録情報入力」画面で必要事項を入力する。

**必須** 項目を入力する。

アカウント登録情報入力

※本サイトのご確認を

法人・事業所からの申込みの場合も代表者等ではなく、申込者本人の情報を入力

「名」の項目については登録後はご自身での変更ができません。お間違いのないようお願いいたします。

初期パスワードは生年月日西暦8桁で自動作成されますので**ご入力不要**です。

「名」、「フリガナ（メイ）」は、登録後の訂正は行えません。ご注意ください。

氏名（姓名） <b>必須</b>	入力例）財団	入力例）太郎
氏名（セイメイ） <b>必須</b>	入力例）ザイダン	入力例）タロウ
メールアドレス <b>必須</b>	入力例）abcde@abcde.com	
メールアドレス（確認） <b>必須</b>	入力例）abcde@abcde.com	
生年月日 <b>必須</b>	年/月/日	
パスワード <b>必須</b>	パスワード	

初期値は「生年月日」西暦8桁です。 例) 2020/11/02 → 20201102



ご登録のメールアドレスに本サイトから発信されるメールが、迷惑フォルダに入ったり、受信拒否されたりする場合があります。可能であれば、@hokenfukushi.or.jpからのメールが受信できるよう事前に設定をお願いします。

**任意** 項目を入力する。

※アカウント作成時は任意でも、 の項目は**研修申込時に必須となるため入力ください。**  
(申込時に変更・追加は可能)

The image shows a registration form with the following fields:

- 自宅電話番号 (任意) 入力例) 06-6940-6117
- 携帯電話番号 (任意) 入力例) 000-xxxx-xxxx
- 勤務先電話番号 (任意) 入力例) 03-6261-0307
- 勤務先法人名 (任意) 入力例) 一般財団法人保健福祉振興財団
- 勤務先名 (任意) 入力例) 一般財団法人保健福祉振興財団 関東本部
- 勤務先郵便番号 (任意) 入力例) 102-0094
- 勤務先都道府県 (任意) 選択してください
- 勤務先市区町村 (任意) 入力例) 千代田区紀尾井町
- 勤務先番地・建物名・部屋番号 (任意) 入力例) 3-12 紀尾井町ビル5階 502号
- 自宅郵便番号 (任意) 入力例) 000-0000
- 自宅都道府県 (任意) 選択してください
- 自宅市区町村 (任意) 入力例) 〇〇市〇〇区〇〇町
- 自宅番地・建物名・部屋番号 (任意) 入力例) 1-2-3 〇〇ビル 〇〇号

A red box highlights the fields from "勤務先電話番号" to "勤務先番地・建物名・部屋番号". At the bottom, there is a blue button labeled "登録する".

#### 4. 仮登録完了画面に移る

The screen displays the following text:

**仮登録完了**

ご入力いただいたメールアドレスに確認メールを送信致しました。(登録はまだ完了していません)  
24時間以内にメール本文内の本登録用URLをクリックいただくと登録が完了致します。

※メール到着に5～10分ほどかかる場合がございます。

#### 5. 登録したメールアドレス宛に「アカウント本登録のお願い」というメールが届きますので確認ください。本文中の URL をクリックすることで本登録が完了します。

※メールが届かない場合はご連絡ください

The screen displays the following text:

**アカウント登録確認**

登録が完了いたしました。

A red box highlights the text: 「ログイン画面へ」は押さずに画面を一旦閉じてください

An arrow points from the red box to a blue button labeled "ログイン" which has a red 'X' over it.

保健福祉振興財団の HP に一旦戻る

<https://kensyu.hokenfukushi.or.jp/wel21/>

## ② 研修申込



1.  **申込** ←の左記のボタンより研修の申込みをする。

※法人・事業所からの申込者が複数いる場合、**申込者本人のユーザーID とパスワードが必要**です。

2. 任意のパスワードに変更

※現在のパスワードは「アカウント本登録のお願い」メールに記載しております。

パスワードの変更  
パスワードの変更が必要です。

ユーザーID:

現在のパスワード  
現在のパスワードを入力してください

新しいパスワード  
新しいパスワードを入力してください

新しいパスワード再入力  
新しいパスワードを再入力してください

パスワードを変更

パスワードの変更  
パスワードが変更されました。

申込フォームへ

申込フォームへ

※変更したパスワードはご自身で管理ください。

3. 作成したアカウントでログイン

※ユーザーID は「アカウント本登録のお願い」メールに記載しております。

ユーザーID U-\*\*\*\*\*

パスワード 変更したパスワード

ログイン

ユーザーID/パスワードを忘れてしまった方はこちら

#### 4. 受講コース情報の確認

《申込入力・申込確認方法についてのご注意》を熟読の上、受講コースを選択ください。

The screenshot shows a progress bar at the top with six steps: 1. 受講コース情報 (highlighted), 2. 受講者情報 (with a sub-link for 登録情報変更), 3. 申込情報入力, 4. 連絡先・支払方法等, 5. 申込内容確認, and 6. 申込完了.

Below the progress bar is a light blue box titled 《申込入力・申込確認方法についてのご注意》. It contains the following text:  
1. 本研修の申込は、**お一人1回のみです**。複数のコースを重複して申込されないように、ご注意ください。  
【郵送先】  
〒862-0926  
熊本県熊本市中央区保田窪1-10-38  
一般財団法人 保健福祉振興財団 熊本支部

A red box with white text says: 希望のコースを選択後 「進む >」. An arrow points from this box to a dropdown menu in the '受講コース情報' section. The dropdown menu is currently set to '令和8年度熊本県サービス管理責任者等実践研修 Aコース'. Below the dropdown is a note: 'お申込み状況により、選択されたコースを受講いただけない場合がございますので、あらかじめご了承ください。'

At the bottom of the page, a blue button labeled '進む >' is highlighted with a red border.

#### 5. 受講者情報の確認

The screenshot shows a progress bar at the top with six steps: 1. 受講コース情報, 2. 受講者情報 (highlighted), 3. 申込情報入力, 4. 連絡先・支払方法等, 5. 申込内容確認, and 6. 申込完了.

Below the progress bar is a light blue box titled 《申込入力・申込確認方法についてのご注意》. It contains the following text:  
1. 本研修の申込は、**お一人1回のみです**。複数のコースを重複して申込されないように、ご注意ください。  
【郵送先】  
〒862-0926  
熊本県熊本市中央区保田窪1-10-38  
一般財団法人 保健福祉振興財団 熊本支部

A red box with white text says: 希望のコースを選択後 「進む >」. An arrow points from this box to a dropdown menu in the '受講コース情報' section. The dropdown menu is currently set to '令和8年度熊本県サービス管理責任者等実践研修 Aコース'. Below the dropdown is a note: 'お申込み状況により、選択されたコースを受講いただけない場合がございますので、あらかじめご了承ください。'

At the bottom of the page, a blue button labeled '進む >' is highlighted with a red border.

## 6. 申込情報入力

- 提出書類チェックシートについて **必須** → ダウンロードして確認・記入し提出ください。



**申込情報**

提出書類チェックシートについて  「提出書類チェックシート」をチェックし、必要な書類の準備をしている

**必須** 実践研修の申込には、受講対象区分ごとに添付が必要な書類があります。必ず「提出書類チェックシート」にて必要な書類を確認したうえで、申込みをしてください。

提出書類チェックシートの提出方法について **必須**

未選択

未選択

アップロード

郵送

**<提出方法いずれか選択>**

- ・アップロード →このページよりアップロード
- ・郵送 →郵便で送付ください

- 法人からの推薦 **必須**

「推薦あり」

※推薦がなくても申込み可能。定員を超えた場合、熊本県内の法人推薦がある方を優先

※法人推薦書の様式 → [04-R8 実践 法人推薦書.pdf](#)

- 「優先順位について」 **必須**

※同一事業所より複数名申込をする場合、優先順位を選択。

※受講申込者数の上限はありませんが、定員を超えた際は受講できない場合があります。

- 「法人からの推薦書の提出方法」

**<提出方法いずれか選択>**

- ・アップロード →このページよりアップロード
- ・郵送 →郵便で送付ください

- 事業所等のサービスの種類 **必須**

※事業所のサービスの種類(現在勤務していない場合は、過去の勤務先もしくはこれから勤務する事業所のサービス種類)を選択してください。(複数選択可)

選択肢にない場合はその他に☑しサービスの種類をボックスに入力ください。

- 受講対象区分 **必須**

受講対象区分 **必須** 未選択

未選択

- (1) 基礎研修修了後2年以上の実務経験(OJT)を有する者
- (2) 基礎研修修了後6ヶ月以上の実務経験(OJT)を有する者
- (3) 旧サビ児管研修修了者で更新研修未修了者
- (4) 更新研修を受講対象の期限内に受けることができなかった者

**(1)~(4)いずれか選択**

※受講対象区分によって、入力内容や提出書類等が異なります。

「[提出書類チェックシート](#)」でご確認の上、お間違いのないようご準備ください。

●所有資格 **必須**

※該当する資格を選択(複数選択可)

選択肢にない場合は他に☑し資格の種類をボックスに入力ください。

●今回の申込みに係る状況 **必須**

今回の申込みに係る状況 **必須**

未選択

①～⑤ いずれか選択

未選択

- ①サビ児管基礎研修修了後、経過措置期間中のサビ児管として配置されている者
- ②サビ児管の退職・人事異動等により、本研修修了後、サビ児管を交代する予定
- ③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、サビ児管として配置される予定
- ④すぐにサビ児管として配置される予定は無いが、交代等が必要になった場合に備え、資格を用意しておくため
- ⑤その他

●従事予定について **必須**

※発行される修了証書の表記名称が異なりますので、どちらかを選択してください。

※どちらか一方の発行となりますが、実務経験要件を満たしている場合は、

サービス管理責任者の表記であっても、児童発達支援管理責任者として勤務可、

児童発達支援管理責任者の表記であっても、サービス管理責任者として勤務可となります。

従事予定について **必須**

未選択

未選択

サービス管理責任者

児童発達支援管理責任者

いずれか選択

●事前課題について **必須** /研修受講にあたっての配慮事項 **任意**

事前課題について **必須**  事前課題の取り組みについて確認しました。

受講者自身が関わっている実事例を用いた事前課題に取り組んでいただきます。

※事前課題の作成・提出が申込条件になります。

※事前課題の詳細については、受講決定通知にてご案内します。

研修受講にあたっての配慮事項 **任意**

例) 車椅子使用

配慮事項があれば入力ください

障がい等により配慮が必要な方は、ご入力ください。

●すべて入力して「進む >」

< 戻る

進む >



## 11. 申込キャンセル

申込後にキャンセルする場合は、必ず下記の手順にてご連絡をお願いいたします。

保健福祉振興財団の HP にアクセス

<https://kensyu.hokenfukushi.or.jp/wel21/>

令和8年度 熊本県サービス管理責任者・児童発達支援管理責任者 実践研修

HOME / 研修一覧 / 令和8年度 熊本県サービス管理責任者・児童発達支援管理責任者 実践研修 /

この研修に関するお問い合わせは **熊本支部** ☎ **096-213-1600**

(受付時間/月～金 AM9:00～PM5:30)

### 研修概要

【熊本県ホームページ（サビ管・児発管研修について）】

<https://www.pref.kumamoto.jp/soshiki/39/50665.html>

当財団は「指定障害福祉サービス管理を行う者として厚生労働大臣が定める者」（平成18年9月29日厚生労働省告示第544号）に規定するサービス管理責任者等研修を実施する事業者として、熊本県の指定を受け、標記研修を実施いたします。

### ○ キャンセルを希望される方

申込のキャンセルをされる方は **こちら** からお願いします。

令和8年度熊本県サービス管理責任者等  
実践研修 キャンセル連絡

研修申込のキャンセルを希望される方は、下記を入力してください。

必要事項をご入力ください

### ③ 申込審査



このあと申込内容及び書類の確認・審査に移ります。結果までお待ちください。

### ④ 受講決定



4月下旬頃に、受講の可否に関する通知書を  
(一財)保健福祉振興財団よりメールにて通知します。

### ⑤ 受講料のお支払い



**受講料:30,000円(テキスト代・税込)**

受講決定通知書のメールにお支払いのご案内を記載して送付しますので確認ください。

※受講料の支払いは、コンビニエンスストア(ファミリーマート、ローソン等)でのお支払いとなります。また、コンビニエンスストアでの振込手数料は上記受講料に含まれます。

※受講料の返金はできませんのでご注意ください。

## ⑥ 研修受講



演習課程は、作成した事前課題を基に研修を進行します。  
事前課題の詳細については受講決定通知書にてお知らせしますのでご準備ください。  
テキストは当日配布します。

### 【受講者情報・申込情報の変更について】

お申込時に登録した受講者情報・申込情報に変更があった場合には、  
マイページの「研修・コース名」の該当コースのリンクをクリックし、表示された画面を印刷し、  
変更箇所を手書きで修正の上、FAX で送付ください。

FAX:096-213-1601 (一財)保健福祉振興財団あて

**※画面の「登録情報」は絶対に触らないようお願いいたします。**

申込 ステータス	申込日時	開講期間	研修・コース名	従事証明書	入金 ステータス
□ 受講決定	2026/03/04 09:20	2026/04/01(水)~ 2027/03/31(水)			未入金

## ⑦ 修了証書発行



各日程、全科目を修了した者に、研修修了後、約1ヶ月後に発行・発送します。  
修了証書の再発行には手数料がかかりますので、紛失等ないようにご注意ください。