

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/wel04/>

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） 必須	入力例 財団	入力例 太郎
氏名（セイメイ） 必須	入力例 ザイダン	入力例 タロウ
メールアドレス 必須	入力例 abcde@abcde.com	
メールアドレス（確認） 必須	入力例 abcde@abcde.com	
生年月日 必須	年/月/日	
パスワード 必須	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 various input fields. A red rectangular box highlights the following fields: 携帯電話番号 (Mobile phone number), 勤務先電話番号 (Work phone number), 勤務先法人名 (Company name), 勤務先名 (Company name), 勤務先郵便番号 (Work postal code), 勤務先都道府県 (Work prefecture), 勤務先市区町村 (Work city/town/village), 勤務先番地・建物名・部屋番号 (Work address/building name/room number), 自宅郵便番号 (Home postal code), 自宅都道府県 (Home prefecture), 自宅市区町村 (Home city/town/village), and 自宅番地・建物名・部屋番号 (Home address/building name/room number). Each field has an example and a '任意' (Optional) label. There are search buttons for postal codes and dropdown menus for prefectures. At the bottom, there is a blue button labeled '登録する' (Register).

4. 仮登録完了画面に移る

The image shows a screen titled '仮登録完了' (Temporary registration completed). The text reads: '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。' (We have sent a confirmation email to the email address you entered. (Registration is not yet complete) Please click the URL for registration in the email body within 24 hours. Registration will be completed. ※It may take 5-10 minutes for the email to arrive.)

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 image shows a screen titled 'アカウント登録確認' (Account registration confirmation). The text reads: '登録が完了いたしました。' (Registration is complete). A red box with a white border contains 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' (Do not click 'Login screen', please close the screen for now). A red arrow points from this box to a blue button labeled 'ログイン' (Login), 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/wel04/>

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 6-step process flow: 1. 受講コース情報 (Selected), 2. 受講者情報, 3. 申込情報入力, 4. 連絡先・支払方法等, 5. 申込内容確認, 6. 申込完了. Below the flow is a light blue box with the title 《申込入力・申込確認方法についてのご注意》. It contains a note: "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。" and a mailing address: "【郵送先】 〒862-0926 熊本県熊本市中央区保田1-10-38 一般財団法人 保健福祉振興財団 熊本支部". A red box highlights the instruction "希望のコースを選択後「進む >」". Below this is a form for "受講コース情報" with a dropdown menu showing "令和8年度熊本県サービス管理責任者等〇〇研修 ★コース" selected. A red box highlights the "進む >" button at the bottom.

5. 受講者情報の確認

The screenshot shows a 6-step process flow: 1. 受講コース情報, 2. 受講者情報 (Selected), 3. 申込情報入力, 4. 連絡先・支払方法等, 5. 申込内容確認, 6. 申込完了. Below the flow is a form titled "受講者情報" with a note: "登録情報をご確認ください。変更がある場合は、「登録情報変更へ」から変更を行ってください。" The form contains various fields with red "必須" (Required) labels: 氏名, 生年月日, メールアドレス, 自宅電話番号, 携帯電話番号, 勤務先電話番号, 勤務先法人名, 勤務先名, 勤務先郵便番号, 勤務先都道府県, 勤務先市区町村, 勤務先番地・建物名・部屋番号, 自宅郵便番号, 自宅都道府県, 自宅市区町村, 自宅番地・建物名・部屋番号. A red box highlights the instruction: "・変更があれば「登録情報変更へ」
・変更がなければ「進む >」". Below this are two buttons: "登録情報変更へ" and "進む >". At the bottom are "戻る" and "進む >" buttons.

6. 申込情報入力

●希望コース **必須**

※第1希望と第2希望を選択してください。

●法人からの推薦 **必須**

「推薦あり・なし」

※法人推薦のない個人申込みの方もご提出ください。(法人印等は必要ありません)

※定員を超えた場合、熊本県内の法人推薦がある方を優先

※申込書兼法人推薦書の様式 → [R8 基礎 申込書兼法人推薦書.pdf](#)

●申込書兼法人推薦書の提出方法

- <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

●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。

●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。

●実務経験(1ヶ所目)【事業所名】【職種】【サービスの種類】【勤務年数】

必須

実務経験(1ヶ所目) 事業所名 **必須**

実務経験(1ヶ所目) 職種 **必須**

実務経験(1ヶ所目) サービスの種類 **必須**

- ①療養介護
- ②生活介護
- ③施設入所支援
- ④自立訓練(機能訓練)
- ⑤自立訓練(生活訓練)
- ⑥就労移行支援
- ⑦就労継続支援A型
- ⑧就労継続支援B型
- ⑨就労定着支援
- ⑩就労選択支援
- ⑪自立生活援助
- ⑫共同生活援助
- ⑬児童発達支援
- ⑭放課後等デイサービス
- ⑮保育所等訪問支援
- ⑯障害児入所支援
- ⑰相談支援事業所
- ⑱その他

実務経験(1ヶ所目) 勤務年数 **必須**

実務経験①において、従事した実務経験期間を入力してください。

●2ヶ所目の実務経験がありますか

必須

※該当する項目を選択してください。

2ヶ所目の実務経験がありますか **必須**

未選択

ある

ない

※3ヶ所目以降の実務経験がある場合は設問に従い選択・入力してください。

●通算実務経験研修【年】・【ヶ月】

必須

※前設問で入力された通算の実務経験年数を選択してください。

通算実務経験年数【年】 **必須**

通算の実務経験【年数】を選択してください。

通算実務経験年数【ヶ月】 **必須**

通算実務経験【ヶ月】を選択してください。

●相談支援従事者初任者研修(講義部分)の受講について **必須**

相談支援従事者初任者研修(講義部分)の受講について **必須**

未選択

未選択

受講済

今年度受講予定

いずれか選択

※サービス管理責任者等基礎研修修了者となるためには、相談支援従事者初任者研修の講義課程を修了する必要があります。

●修了証の提出方法

※前設問で「受講済」を選択された方は修了証書のコピーを提出してください。

<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

●所有資格

※該当する資格を選択(複数選択可) **必須**

所有資格について **必須**

未選択

未選択

国家資格者

有資格者

資格なし

いずれか選択

●国家資格者

※該当する資格を選択(複数選択可) **必須**

選択肢にない場合はその他に☑し資格の種類をボックスに入力ください。

●国家資格等による業務の従事期間【年】・【ヶ月】 **必須**

国家資格等による業務の従事期間【年】 **必須**

未選択

国家資格等による業務の従事期間【ヶ月】 **必須**

未選択

いずれか選択

※サビ児管として従事するための実務経験要件には、国家資格等による業務での以下の従事期間が必要です。

(国家資格の期間と相談・直接支援業務の期間が同時期でも可)

サービス管理責任者…3年以上

児童発達支援管理責任者…5年以上

●有資格者

※該当する資格を選択(複数選択可) **必須**

選択肢にない場合はその他に☑し資格の種類をボックスに入力ください。

●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

●申込に係る状況について

必須

※サービス管理責任者等として配置・交代の時期を入力してください。

※時期が未定の場合は「時期未定」と入力してください。

●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 >

7. 連絡先・支払方法等 必須

連絡先・送付先

連絡先 必須 携帯電話番号 希望の連絡先を選択

支払方法

支払方法を選択してください。

支払方法 必須 コンビニ払い 希望の支払い先を選択

支払コンビニ 必須 ローソン

8. 補足事項・個人情報の取り扱いについて

補足事項

備考

備考を入力

補足事項があれば入力ください

氏名等に機種依存文字・旧漢字体があった場合の補足説明をご入力ください。
この備考欄に、ご質問等をご入力いただきましても、お答えできませんのでご了承ください。電話等

個人情報保護方針をクリックして内容確認後、「個人情報の取り扱い」に同意するに☑を入れて「申込内容確認へ > 」

個人情報の取り扱い

当財団における個人情報の取り扱いについては、個人情報保護方針をご確認の上、同意いただけましたら下記同意欄にチェックを入れて、「申込内容確認へ」を押してください。

「個人情報の取り扱い」に同意する

申込内容確認へ >

9. 申込内容を確認し、問題なければ「 申込を行う > 」で申込み

< 戻る 申込を行う >

10. 申込完了

完了後、「研修申込完了通知」のメールが届きます。

※届かない方は一度迷惑メールフォルダをご確認のうえ、解決しない場合はご連絡ください。

1 受講コース情報

2 受講者情報
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

6 申込完了

研修へのお申込みを受けました

この度は にお申込みいただき、誠にありがとうございます。

お申し込み内容は、受講者マイページからご確認いただくことができます。

マイページへ移動する

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/wel04/>

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 基礎研修

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 基礎研修 /

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)

サービス管理責任者・児童発達支援管理責任者として従事するには、「相談支援従事者初任者研修 講義課程」を修了する必要があります。
令和8年度「熊本県相談支援従事者初任者研修」の募集開始は7月上旬頃を予定しております。詳細については [こちら](#)をご確認ください。

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基礎研修 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



8月中旬頃に、受講の可否に関する通知を
(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:27,500 円(テキスト代・税込)

受講決定通知書にお支払いのご案内を記載しており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
<input type="checkbox"/>	受講決定	2026/03/04 09:20	2026/04/01(水)~ 2027/03/31(水)		未入金

- ① クリックして表示された画面を印刷
- ② 変更箇所を手書きで修正
- ③ FAX で送付

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。