

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/wel13/>

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。

「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

氏名（セイメイ） **必須** 入力例) ザイダン

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

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。



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 (Employer name), 勤務先名 (Employer 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 registration URL in the email body within 24 hours to complete registration. *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, indicating it should not be clicked.

保健福祉振興財団の HP に一旦戻る

<https://kensyu.hokenfukushi.or.jp/wel13/>

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 6 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1-10-38
一般財団法人 保健福祉振興財団 熊本支部

Below this is the '受講コース情報' section. A dropdown menu is open, 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. Below the dropdown is a red box with the text: '希望のコースを選択後 「進む >」'. 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 is a blue button labeled '進む >'.

5. 受講者情報の確認

The screenshot shows a progress bar at the top with 6 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 '受講者情報'. It contains the following text:

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。

Below this is a form with various fields, each with a red '必須' (required) label:

- 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 with the following text is overlaid on the form:

- ・変更があれば「登録情報変更へ」
- ・変更がなければ「進む >」

Below the form are two buttons: '登録情報変更へ' and '進む >'.

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。

第1希望 (再確認) **必須** 未選択

先ほど選択された第1希望と同じコースを再度選択してください。
第1希望を変更される場合は、ページ下部の「<戻る」ボタンから戻って変更をしてください。
選択された内容が一致しない場合、システム異常で申込ができない恐れがあります。

※第1希望～第2希望までは必須選択です。
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。

第2希望 **必須** 未選択

第2希望のコースを選択してください。

●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 → [R8 更新 法人推薦書.pdf](#)

●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

●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**

※受講対象区分によって入力内容が異なります。

受講対象区分 **必須** 未選択

未選択

(ア) に該当する (イ) に該当する (ア)・(イ) いずれか選択

(イ) 本研修の受講開始日前5年間(令和3年8月18日から令和8年8月17日)において、下記の①～④として通算して2年以上従事していた者(現在は①～④に従事していない方)

① サービス管理責任者
② 児童発達支援管理責任者
③ 管理者
④ 相談支援専門員

●前回(直近5年以内)修了された研修 **必須**

※該当する研修を選択してください。

修了研修種別 **必須** 未選択

- 未選択
- 更新研修
- 実践研修

いずれか選択

●過去に更新研修を受講した回数
(前設問で更新研修を選択した方のみ)

過去に更新研修を受講した回数 **必須** 未選択

- 未選択
- 2回目の更新研修受講
- 3回目の更新研修受講

いずれか選択

●次に更新研修を修了すべき期日 **必須**

※前回(直近5年以内)修了された修了証書に記載されている
「次に更新研修を修了すべき期日」を選択してください。

次に更新研修を修了すべき期日 **必須** 未選択

- 未選択
- 令和9年(2027年)3月31日まで
- 令和10年(2028年)3月31日まで
- 令和11年(2029年)3月31日まで
- 令和12年(2030年)3月31日まで
- 令和13年(2031年)3月31日まで

いずれか選択

●修了証書の提出方法

＜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

●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

● 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けます。

※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、同意いただき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

9. < 戻る 申込内容確認へ >

< 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 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

登録情報変更

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/wel13/>

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更新研修 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



7月下旬頃に、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:26,400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。

マイページ 学習

研修申込一覧

受講決定通知書発行 領収書発行

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)	[リンク]		未入金

インフォメーション >
顔認証設定 >
登録情報 >

ここは触らないで
ください

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
③FAX 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。