令和４年度 熊本県サービス管理責任者及び児童発達支援管理責任者
専門コース別研修【意思決定支援】受講申込書

令和　　年　　月　　日

本受講申込書は申込フォームからのお申込みが難しい場合のみご使用ください。

１,施設情報

設置主体 (法人)名称	
事業所名称	
上記事業所等のサービス種類 (該当するものに○)	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※宿泊型含) 6.就労移行　7.就労継続Ａ型　8.就労継続Ｂ型　9.就労定着支援　10.自立生活援助　11.共同生活援助 12.児童発達支援　13.放課後等デイサービス　14.保育所等訪問支援　15.障害児入所施設 16.その他（　　）
事業所所在地	〒
電話 (日中連絡がとれるところ)	研修担当者名
受講決定通知書等送付先 事業所　ＦＡＸ番号	

２,受講者情報

(氏名・生年月日は修了証書に記載されますので正確にご記入ください。また受講者情報は必要に応じ県及び市町村に提供する場合がありますのでご了承ください。)

優先順位（同一事業所で複数名申込がある場合、優先順位を記載してください）		番目　／		名中				
フリガナ		生　年　月　日						
受講者氏名		西暦		年		月		日
自宅住所	〒							
携帯電話	※コンビニエンスストアで受講料お支払いの際に必要な為記入必須							
所有資格								
従事状況 (該当するものに○)	1.サービス管理責任者　⇒　（　現在従事中　・　今後従事予定　） 2.児童発達支援管理責任者　⇒　（　現在従事中　・　今後従事予定　） 3.その他（　　）　⇒　（　現在従事中　・　今後従事予定　）							

研修の受講状況 (右の研修について、受講状況をご記入ください)	1.相談支援従事者初任者研修 (講義部分)	受講状況（該当するものに○）	済	未	受講分野（該当するものに○）	
	2.相談支援従事者初任者研修 (全日程)		済	未		
	3.サービス管理責任者等研修 (旧カリキュラム)		済	未		児童 ・ 知的精神 ・ 身体 ・ 介護 ・ 就労
	4.サービス管理責任者等基礎研修		済	未		
	5.サービス管理責任者等実践研修		済	未		
	6.サービス管理責任者等更新研修		済	未		

研修受講にあたって、配慮すべき事項(例:車椅子使用)	

※申込書に虚偽があった場合、受講を取り消す場合もございますので正確にご記入ください。

申込先(FAX:096-213-1601)一般財団法人保健福祉振興財団 熊本支部 熊本県サービス管理責任者等研修係（令和5年1月19日　17時迄）