

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
更新研修 受講申込書

令和4年 月 日

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下さい。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。)

フリガナ				生 年 月 日
受講者氏名				西暦 年 月 日
自宅住所	〒			
携帯電話番号	TEL ※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			
サービス管理責任者等としての従事経験、従事状況(予定)	<input type="checkbox"/> サービス管理責任者等として現に従事している。			
	<input type="checkbox"/> 現在はサービス管理責任者等として従事していないが、本研修終了後、サービス管理責任者等として従事する。 【配置予定時期】 令和 年 月 【現在の職種】			
	<input type="checkbox"/> すぐにサービス管理責任者等として配置される予定はないが、配置・交代が必要になった場合に備え、配置できる者を確保しておく。			
	<input type="checkbox"/> その他 ※具体的状況を記入して下さい。			
	これまでのサービス管理責任者としての実務経験		年	ヶ月
これまでの児童発達支援管理責任者としての実務経験		年	ヶ月	
受講対象条件に関する事	サービス管理責任者等として配置するために必要な研修の受講歴① ※修了証書の写しを同封して下さい。尚、複数分野受講している場合は、全ての分野の修了年度を記載の上、一番初めに受講(修了)された分野の修了証書の写しを同封する事。			
	研修の種類		修了年度	
	サービス管理責任者研修【介護分野】		平成	年度
	サービス管理責任者研修【就労分野】		平成	年度
	サービス管理責任者研修【地域生活(知的・精神)分野】		平成	年度
	サービス管理責任者研修【地域生活(身体)分野】		平成	年度
	児童発達支援管理責任者研修(サービス管理責任者研修【児童分野】含む)		平成	年度
	サービス管理責任者等として配置するために必要な研修の受講歴②(※修了証書の写しは必要ありません)			
相談支援従事者初任者研修		平成 令和	年度	

申し込み内容

従事予定について	<input type="checkbox"/> サービス管理責任者 <input type="checkbox"/> 児童発達支援管理責任者 ※修了証書が異なりますので、必ずどちらかを選択して下さい。
----------	--

研修受講にあたっての配慮事項 (車椅子利用等)	
----------------------------	--

法人からの推薦の有無	有	無	※法人推薦がある場合は、研修担当者による下記記入も必須です。
------------	---	---	--------------------------------

熊本県サービス管理責任者・児童発達支援管理責任者更新研修の受講者として上記の者を推薦いたします。
 なお、申込内容について相違のないことを証明します。

法人名称				⑩	
代表者 役職名		代表者氏名			
サービス管理責任者等として従事する予定の勤務先等の状況	勤務先名称				
	勤務先所在地	〒			
	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		勤務先 FAX番号		

〈書類内容のチェック〉

※必ず確認をし、☑を入れて下さい。

- 捺印はしてあるか ※法人からの推薦がない場合は必要ありません
- 未記入部分はないか
- サービス管理責任者等研修の修了証書の写しを添付しているか
 (※複数分野受講している方は、一番初めに受講された分野の修了証書の写し)

※申込書に不備や虚偽があった場合、受講受付ができませんので、正確にご記入下さい。

申込先 〒862-0926 熊本市中央区保田窪1-10-38 (一財)保健福祉振興財団 熊本支部 サービス管理責任者等研修係 (R4/6/6 17時原本必着)