

# 令和6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 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)		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	〒		
携帯電話番号 (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)			
(1) 従事状況(下記いずれかに○)			
ア) 令和元年度～2年度サービス管理責任者等更新研修を修了後、サービス管理責任者、児童発達支援管理責任者、管理者または相談支援専門員として 現に従事している者 イ) 令和元年度～2年度サービス管理責任者等更新研修を修了後、ア) の業務に現在は従事していないが、本研修の受講開始日前5年間ににおいてア) の業務に通算して2年以上従事していた者 ※イ) を選択した方は、ア) の業務について今後の従事予定の有無 【 有 ・ 無 】 ※イ) を選択し、従事予定がある方は、従事予定時期を記入 【令和 年 月】			
(2) 確認事項			
受講確認	サービス管理責任者等更新研修の受講について	修了年月日	令和 年 月 日
従事予定 (修了証書が異なるため必ずどちらかを選択)		<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	
研修受講にあたって、配慮すべき事項 (例：車椅子使用)			

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。

設置主体 (法人)名称				印
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事業所等の状況	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.指定一般相談支援事業所 17.指定特定相談支援事業所 18.指定障害児相談支援事業所 19.その他( )		
	事業所所在地	〒		
	事業所電話番号 (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)				

個人情報・秘密保持について、当財団における個人情報の取扱いについては、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ください。

「個人情報・秘密保持について」へ同意します	<input type="checkbox"/> はい
-----------------------	-----------------------------

〈書類内容のチェック〉 ※必ず確認をし、を入れて下さい。

- 申込書に捺印はしてあるか ※法人からの推薦がない場合は必要ありません
- 申込書の未記入部分はないか
- サービス管理責任者等更新研修の修了証書の写しを添付しているか
- 実務経験（見込）証明書を添付しているか

※申し込み内容に虚偽があった場合、申し込みや受講、研修の修了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 >  
〒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 熊本県サービス管理責任者等研修係  
(令和 6/12/26 17 時原本必着)