

令和7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実践研修
受講申込書

令和7年 月 日

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の受講者として下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.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)			

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)			
受講対象(いずれかに○) ※必要な実務経験は別紙①-1 サービス管理責任者、 ①-2 児童発達支援管理責任者実務年数を参照	(1) 実務経験 (OJT) 2年以上 (1)と(3)の項目を記入 (2) 実務経験 (OJT) 6ヵ月以上 (2)と(3)の項目を記入 (3) 旧サービス管理責任者等修了者で更新研修未修了 (3)の項目を記入 (4) 令和元年度更新研修修了者で令和6年度更新研修未修了 (3)の項目を記入		
(1) 実務経験 (OJT) 2年以上 (下記項目を記入) ※OJT開始は、基礎研修修了者となった日の翌日から可能			
事業所名称	職種	職務内容(どちらかに○)	勤務年数
		直接支援 ・ 相談支援	年 月
		直接支援 ・ 相談支援	年 月
		直接支援 ・ 相談支援	年 月
		直接支援 ・ 相談支援	年 月
合計 (令和7年5月19日時点)			年 月

(2) 実務経験 (OJT) 6 カ月以上 (下記内容に間違いなければ□に✓)			
事業所名称	職種	職務内容(どちらかに○)	勤務年数
		直接支援 ・ 相談支援	年 月
		直接支援 ・ 相談支援	年 月
合計 (令和7年5月19日時点)			年 月
①サービス管理責任者等基礎研修受講時に既にサービス管理責任者等の配置に係る実務経験を満たしている			<input type="checkbox"/> はい
②指定障害福祉サービス事業所等において通算6ヶ月以上、個別支援計画作成の業務(10件以上)に従事している			<input type="checkbox"/> はい
③②の業務に従事する旨を指定権者に届出を行っている			<input type="checkbox"/> はい
(3) 確認事項 (共通)			
受講確認	サービス管理責任者等研修の受講について(どちらかに✓) (□サービス管理責任者等基礎研修 ・ □旧サービス管理責任者等研修)	修了証書番号	修了年月日 平成 令和 年 月 日
	相談支援従事者初任者研修(講義部分)の受講について	修了証書番号	修了年月日 平成 令和 年 月 日
所有資格 (別表1のうち該当する資格等を記入)			
OJTの実施状況について (どちらかに✓)	サービス管理責任者等基礎研修修了後、個別支援計画原案の作成に携わられましたか?		<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
	担当者会議に参加したことはありますか?		<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
申し込みに係る状況 (該当する項目の番号に○を付、時期を必ず記入)	1	サービス管理責任者等基礎研修修了後、経過措置期間中のサービス管理責任者等として配置されている者。 (配置された時期: 年 月)	
	2	既にサービス事業者の指定を受けており、サービス管理責任者等が配置されているが、その者の退職・人事異動等により、本研修修了後、サービス管理責任者等を交代する予定。 (交代時期: 年 月 ・ 未定)	
	3	事業開始を予定している事業所に、他に研修を修了している者がおらず、自らが本研修修了後、サービス管理責任者等として配置される予定。 (指定時期: 年 月 ・ 未定)	
	4	すぐにサービス管理責任者等として配置される予定は無いが、法人内(又は事業所内)において、サービス管理責任者等の配置・交代が必要になった場合に備え、資格を用意しておくため。 (配置時期: 年 月 ・ 未定)	
	5	その他(具体的に→)	
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)			
事前課題について (✓が入らないと申込ができません)	受講者自身が関わっている実事例を用いた事前課題の作成・提出ができますか? ※研修で使用する場合があります。		<input type="checkbox"/> はい
個人情報・機密保持について (✓が入らないと申込ができません)	当財団における個人情報の取扱いについて、 <u>個人情報保護方針</u> (別紙③)をご確認いただき、同意いただけますか?		<input type="checkbox"/> はい

※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。
 ※研修概要にある「研修申込に必要な書類」より「提出書類チェックシート」を印刷し、申込書類を揃え郵送してください。不備等ございますと、申込受付ができない場合がありますのでご注意ください。

< 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