

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基礎研修 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基礎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	〒		
	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)			

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)			
実務経験 (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「参考1」の業務範囲)	事業所名称	職種	勤務年数
			直接支援・相談支援 年 月
		合計 (令和7年8月28日時点)	年 月
所有資格 (別表1のうち該当する資格等を記入してください)			
研修を受けるための実務経験年数を満たしているか	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ (受講申し込みができません)		
相談支援従事者初任者研修(講義部分)の受講について (いづれかに○を付けてください)	今年度受講予定 ・ 受講済 (修了証番号 _____)		
申込みに 係る状況 (該当する項目の 番号に○を付けて 下さい)	1	基礎研修終了後、OJT 期間後に実践研修を経てすぐにサービス管理責任者等となる予定がある。(時期: 年 月)	
	2	すぐにサービス管理責任者等となる予定はないが、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て。	
	3	その他(具体的に→)	
従事予定 (修了証書が異なりますので必ずどちらかを選択してください)	<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)			

※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。

書類内容のチェック ※必ず確認をし、☑を入れてください。

- 捺印はしてあるか
- 未記入部分はないか (不備等があると、受付ができない場合がございます)
- 当該研修を受けるための実務経験年数を満たしているか

申込先: 〒862-0926 熊本中央区保田窪 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7年7月22日 17時原本必着)