



申込書提出先
〒901-2316 沖縄県北中城村安谷屋1147番地 3階
おきなわ障がい者相談支援ネットワーク 宛

**令和3年度 沖縄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 申込書**

※相談支援従事者初任者研修およびサビ児管基礎研修を修了後、2年以上の実務を行った方が申込の対象です
 ※受講希望者本人が自筆で記入のうえ、配置予定の法人から推薦を受けてください。(法人推薦が原則となります)
 ※提出する前にコピーを取り、保管してください。申込書は特段の事情がない限り返却いたしません。
 ※記入漏れや不備があった場合には受付しかねます。
 ※虚偽の内容により申込をされた場合には修了証書交付後であっても取り消し等の措置を講じることがあります。

<input checked="" type="checkbox"/> 当法人にて下記の者を推薦する →複数名の場合は優先順位をつける…(2)人中(1)番目 <input type="checkbox"/> 個人で申請する			
(フリガナ) 受講希望者	オキナワ タロウ 沖縄 太郎	性別 男・女	生年月日 昭和・平成 56 年 4 月 1 日
法人・事業所名	社会福祉法人 ○○会 就労継続支援B型△△ ※個人申込の方は申請の方は記載不要		
事業所住所 (個人申込の場合は自宅)	〒 901-□□□□ 沖縄県○○市1-1-1		
電話番号	098-123-1234	FAX番号	098-123-5678
メールアドレス	※携帯のメールアドレスは不可 △△@△△.com		
配慮の有無	有 ・ <input checked="" type="checkbox"/> 無	有の場合→ 車イス ・ 手話 ・ 要約筆記 ・ その他()	
受講希望理由	※該当する項目1つに☑をつけてください。 ① <input type="checkbox"/> サービス管理責任者・児童発達支援管理責任者として従事している ② <input type="checkbox"/> 2人目(補助)のサービス管理責任者・児童発達支援管理責任者として従事している ③ <input checked="" type="checkbox"/> 今後サービス管理責任者・児童発達支援管理責任者として従事予定がある → 従事予定 (R 4 年 10 月ごろ) ④ <input type="checkbox"/> その他()		
従事する職種	<input checked="" 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		
受講要件	該当する項目1つに☑をつけてください ① <input checked="" type="checkbox"/> 令和元年度に相談支援従事者初任者研修およびサービス管理責任者・児童発達支援管理責任者基礎研修を修了した ② <input type="checkbox"/> 令和元年度より前に相談支援従事者初任者研修を修了し、令和元年度にサービス管理責任者・児童発達支援管理責任者基礎研修を修了した ③ <input type="checkbox"/> 令和元年度より前にサービス管理責任者・児童発達支援管理責任者研修(分野別)を修了し、令和元年度に相談支援従事者初任者研修を修了した		

※各研修の修了証書のコピーを添付してください

実務経験年数および職務経歴書

実務経験年数について、該当する区分に年数を入力し、職務経歴を記入してください。
※実務経歴書の添付は必要ありませんが、カウントできる全ての実務年数をご記入ください。

見本

	区分①	区分②	区分③	区分④
申込可能年数 →	国家資格等による業務に従事している者（サビ管希望は3年、児発管希望は5年）による相談支援業務および直接支援業務	社会福祉主事任用資格等を要する者による直接支援の業務	相談支援業務	社会福祉主事任用資格等を有しない者による直接支援の業務
	8年 7カ月 3年以上	年 カ月 5年以上	年 カ月 5年以上	年 カ月 8年以上

年数が一致するか確認

※どの区分にあてはまるかは添付の資料をご覧ください。

勤務年数	勤務先所属・部署 ※事業所の分類も記入（例 生活介護、就労継続支援B型等）	職種 ※サビ管、支援員、介護福祉士など	業務内容 （いずれか○）
H24年 4月～ H29年 3月 (5)年(0)か月	NPO法人△△ 生活介護事業所○○	介護員	相談支援 直接支援
H30年 4月～令和3年10月 (3)年(7)か月	社会福祉法人□□会 就労継続支援B型××	現場支援員	相談支援 直接支援
年 月～ 年 月 ()年()か月			相談支援 直接支援
年 月～ 年 月 ()年()か月			相談支援 直接支援

※区分①、区分②に当てはまる方 国家資格や社会福祉主事任用資格など、業務に関連する資格（保育士、介護福祉士等）

資格取得年月日	資格の名称
H23年 5月 1日	介護福祉士
年 月 日	
年 月 日	

※ 経歴が入らない場合は任意の用紙で追記してください。

▼推薦書は、法人等代表者（推薦者）がご記入ください。個人申込の方は不要です

推薦書	上記の者については、本申込書に記入した内容について相違ないことを確認し、受講者として推薦いたします。また、上記推薦者について受講に関する不正があった場合は当該受講者の受講不可その他必要な措置を行うことについて了承します。		
	申込者が属する事業所の サビ管（児発管）署名	山田 一郎 印	令和 3年 11月 20日 認印可。申込者自身がサビ児管の場合、もしくは現在サビ児管が配置されていない事業所に属している場合記載不要
法人代表者	社会福祉法人□□会 就労継続支援B型××	施設長 沖縄 花子 公印	法人推薦の場合は必ず記入・押印

受講申込者
署名欄

本研修の受講申込にあたり、募集要項等に記載の内容に了承し、虚偽なく記入しました。また、推薦者からの推薦取り下げがあった場合にはそれに従います。申請状況・勤務状況等について確認が必要になった場合には所属先等に照会することについて了承します。

（※こちらの欄は申込者全員記入）

受講申込者署名	沖縄 太郎 印	令和 3年 11月 20日
---------	---------	---------------

自由記述欄（特記すべき事項があればご記入ください）

--

実務経験年数および職務経歴書
 実務経験年数について、該当する区分に年数を入力し、職務経歴を記入してください。
 ※実務経歴書の添付は必要ありませんが、カウントできる全ての実務年数をご記入ください。

	区分①	区分②	区分③	区分④
申込可能年数 →	国家資格等による業務に従事している者 (サビ管希望は3年、児発管希望は5年)による相談支援業務および直接支援業務	社会福祉主事任用資格等を要する者による直接支援の業務	相談支援業務	社会福祉主事任用資格等を有しない者による直接支援の業務
	年 月	年 月	年 月	年 月
	3年以上	5年以上	5年以上	8年以上

年数が一致するか確認

※どの区分にあてはまるかは添付の資料をご覧ください。

勤務年数	勤務先所属・部署 ※事業所の分類も記入(例 生活介護、就労継続支援B型等)	職 種 ※サビ管、支援員、介護福祉士など	業務内容 (いずれか○)
年 月～ 年 月 ()年()か月			相談支援 直接支援
年 月～ 年 月 ()年()か月			相談支援 直接支援
年 月～ 年 月 ()年()か月			相談支援 直接支援
年 月～ 年 月 ()年()か月			相談支援 直接支援

※区分①、区分②に当てはまる方 国家資格や社会福祉主事任用資格など、業務に関連する資格 (保育士、介護福祉士等)

資格取得年月日	資格の名称
年 月 日	
年 月 日	
年 月 日	

※ 経歴が入らない場合は任意の用紙で追記してください。

▼推薦書は、法人等代表者(推薦者)がご記入ください。個人申込の方は不要です

推薦書	上記の者については、本申込書に記入した内容について相違ないことを確認し、受講者として推薦いたします。また、上記推薦者について受講に関する不正があった場合は当該受講者の受講不可その他必要な措置を行うことについて了承します。
申込者が属する事業所の サビ管(児発管) 署名	令和 3年 月 日 印 → 認印可。申込者自身がサビ管の場合、もしくは現在サビ管が配置されていない事業所に属している場合記載不要
法人代表者	公印 → 法人推薦の場合は必ず記入・押印

受講申込者 署名欄	本研修の受講申込にあたり、募集要項等に記載の内容に了承し、虚偽なく記入しました。また、推薦者からの推薦取り下げがあった場合にはそれに従います。申請状況・勤務状況等について確認が必要になった場合には所属先等に照会することについて了承します。
(※こちらの欄は申込者全員記入)	令和 3年 月 日
受講申込者署名	印

自由記述欄 (特記すべき事項があればご記入ください)