

見本

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4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受講し、2年以上の実務を終えた方が対象です。
修了証書のコピー添付も忘れずに提出をお願いします。

※受講希望者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。(個人申込も可能ですが法人推薦が原則となります)
※申込書はコピーをとり保管してください。特段の事情がない限り申込書の返却はいたしません。
※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。

申込区分	<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…(3)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 性別 男性 沖縄 太郎 男・女 昭和・平成 62年 5月 1日
法人・事業所名	NPO法人 ○○会 放課後等児童デイサービス△△ ※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	△△@△△.com ※携帯のメールアドレスは不可
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 checked="" 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 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 年 月ごろ) ④ <input type="checkbox"/> その他()
職種 (1つ選択)	<input type="checkbox"/> サービス管理責任者 <input checked="" 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 ※「相談支援従事者初任者研修」と「サービス管理責任者等基礎研修」の修了証書のコピーを添付してください。 ① <input type="checkbox"/> 令和1年～2年度に相談支援従事者初任者研修および児童発達支援管理責任者基礎研修を修了した ② <input checked="" 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1～2年度に相談支援従事者初任者研修を修了した 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基礎研修を修了し、令和1～2年度に相談支援従事者初任者研修を修了した <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: fit-content;">「相談支援従事者初任者研修」「サビ管・児発管 基礎研修」両方の修了証書のコピーを添付してください。(片方の修了だけでは本研修の対象にはなりません)</div>



実務経験年数および職務経歴書 (令和4年9月1日時点)

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、OJTの期間だけでなくカウントできる全ての実務年数を記入してください。

区分①	区分②	区分③	区分④
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 3年以上	12年 5 月 5年以上	年 月 5年以上	年 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	合計年数	職務	
H22年4月～ H31年3月 (9)年()か月	12年5か月	社会福祉法人 ○○会 認可保育所 △△園 保育士 相談支援 直接支援	
H31年4月～ R4年9月 (3)年(5)か月		NPO法人 ○○会 放課後等児童デイサービス△△ 保育士 相談支援 直接支援	
年 月～ 年 月 ()年()か月		5か月	この年数表は、2年間のOJTの期間だけでなく、 カウントできる全ての実務年数を記入してください。 入らない場合は任意の用紙に追記いただいて構いません。
年 月～ 年 月 ()年()か月			直接支援

この合計年数と上記 (赤枠) の年数が一致するよう記載してください。

※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
H22年 3月 5日	保育士

区分①、②に年数を記載した方は、こちらの資格欄に必ずご記入ください。
 (例) 保育士、介護福祉士、社会福祉士、看護師、児童指導員、社会福祉主事、教員免許など

※ 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。

令和4年 9月 15日

申込者が属する事業所の
サビ管 (児発管) 署名

法人・事業所等代表者 NP 法人推薦の場合こちらは必ず法人代表者+公印を押してください。

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。

(こちらの欄は全員記入) 令和4年 9月 15日

受講申込者署名 沖縄 太郎 印

自由記述欄 (特記すべき事項があればご記入ください)

※「相談支援従事者初任者研修」「サービス管理責任者等基礎研修」の修了証書のコピーを忘れずに!

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4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受講し、2年以上の実務を終えた方が対象です。
修了証書のコピー添付も忘れずに提出をお願いいたします。

※受講希望者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。(個人申込も可能ですが法人推薦が原則となります)
※申込書はコピーをとり保管してください。特段の事情がない限り申込書の返却はいたしません。
※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。

申込区分	<input 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…()人中()番目		
	<input type="checkbox"/> 個人で申請する		
(フリガナ) 受講希望者	性別 男・女	生年月日 昭和・平成 年 月 日	
法人・事業所名	※個人申請の方は記載不要		
事業所住所 (個人申込の場合は自宅)	〒 -		
電話番号	FAX番号		
メールアドレス	※携帯のメールアドレス不可		
配慮の有無	有・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 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 年 月ごろ) ④ <input type="checkbox"/> その他()		
職種 (1つ選択)	<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		
受講要件	該当する項目1つに☑をつけてください ※「相談支援従事者初任者研修」と「サービス管理責任者等基礎研修」の修了証書のコピーを添付してください。 ① <input type="checkbox"/> 令和1年～2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1～2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1～2年度に相談支援従事者初任者研修を修了した		

実務経験年数および職務経歴書(令和4年9月1日時点)

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、OJTの期間だけでなくカウントできる全ての実務年数を記入ください。

区分①	区分②	区分③	区分④
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	合計年数	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 ※保育士、ヘルパー、 介護支援員など	業務内容 (いずれか○)
年 月～ 年 月 ()年()か月	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。
令和4年 月 日	
申込者が属する事業所の サビ管(児発管) 署名	印 <small>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</small>
法人・事業所等代表者	公印
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。
(こちらの欄は全員記入)	令和4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)

--

※「相談支援従事者初任者研修」「サービス管理責任者等基礎研修」の修了証書のコピーを忘れずに!