

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」

～サービス管理責任者・児童発達支援管理責任者を希望の方～
令和6年度 沖縄県相談支援従事者初任者研修 (2日課程)
沖縄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 (2日課程)
申込書

※受講希望者本人が記入のうえ、配置予定の法人から推薦を受けてください。(個人での申込も可能ですが法人推薦が原則となります)
※申込書はコピーを取り保管してください。特段の事情がない限り、申込書と選別区分がインターネット申込と一致しているか確認してください。
※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

研修種別希望 (1つに☑) ※インターネット申込と一致しているか確認!	<input checked="" type="checkbox"/> ①相談支援従事者初任者研修(2日課程)+サービス管理責任者等基礎研修も同時に申し込む <input type="checkbox"/> ②相談支援従事者初任者研修(2日課程)のみ申し込む <input type="checkbox"/> ③サービス管理責任者等基礎研修のみ申し込む
申請区分	<input checked="" type="checkbox"/> 当法人にて下記の者 <input type="checkbox"/> 個人で申請する
「事業所」単位ではなく、「法人」単位で優先順位をつけてください。 1人のみ申込の場合は、1人中1番目と記載してください。 事業所が複数ある場合も、優先順位を1、2、3...とつけてください。	
受講希望者 (フリガナ)	おきなわ たろう 沖繩 太郎 生年月日 (西暦) 1989 年 1 月 1 日
法人・事業所名	社会福祉法人〇△ 共同生活援助×× ※個人申請の方は記載不要
住所 (事業所所在地を記入 個人申込の場合は自宅)	〒 900- 0001 沖繩県〇〇市△△2丁目1番地
電話番号	000-0000-0000 FAX番号 000-000-0002
受講希望理由	※該当する項目1つに☑をつけ、配置予定等記入をしてください。 ① <input type="checkbox"/> 法人もしくは事業所の立ち上げを予定している。 ※ 沖縄県と事前協議中の場合には日程を記入してください。 令和()年()月 ② <input checked="" 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予定がある ※ 令和(8)年(12)月予定 ※制度改正により、原則サビ児管としての配置は最短2年後(実践研修受講後)です。 ③ <input type="checkbox"/> 法人内において急遽配置・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 ④ <input type="checkbox"/> その他() 研修修了後、すぐの配置はできません。 2年以上の実務(OJT)を行い、サビ管等実践研修を受講後の配置になりますので、従事予定日の記載は期間を勘案し、記載してください。
希望職種 (1つに☑)	<input checked="" type="checkbox"/> サービス管理責任者 修了証書に記載します。選択にお間違えがないか確認ください。

☆過去に「①相談支援従事者初任者研修」もしくは「②サービス管理責任者等(分業別or基礎)研修」を修了済ですか?
 未受講 受講中(県外) 修了済 → ※①②どちらか一方でも修了済の方は、
修了証書のコピーを添付してください。

「修了済」を選択した方は、修了証書コピーの添付を忘れずお願いします。

実務経験年数および職務経歴書(令和6年5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、カウントできる全ての実務年数をご記入ください

見本

申込可能年数→	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	保育士は国家資格ですが、区分②にあたりません。	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
	9年 2 カ月	年 月	年 月	年 月
	1年以上	3年以上	3年以上	6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別紙の「実務経験要件」の表をご覧ください。

勤務年数	合計年数	勤務先所属・部署 (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○)
H26年 4月~H31年 3月 (5)年()か月	9 年 2 か 月	一般社団法人〇〇 就労継続支援A型□□	現場支援員	相談支援 直接支援
R2年 4月~ R6年 5月 (4)年(2)か月		社会福祉法人 △△ 共同生活援助××	グループホーム 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
実務経験表をご覧ください、カウントできる全ての実務内容・年数を記載してください。 入らない場合は任意の用紙に追記いただいてもかまいません。				
※区分①、区分②に当てはまる資格取得年				

H25年 3月 1日

介護福祉士

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、児童指導員、看護師、社会福祉主事など

▼推薦書は、法人等代表者(推薦者)がご記入ください ※推薦書欄は、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6年 5月 17日

法人および事業所名 社会福祉法人 △△ 共同生活援助××

法人・事業所等代表者 沖縄 花子



法人推薦の場合、こちらは法人代表者+公印を押してください。

受講申込者署名欄

本研修の受講申込にあたり、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6年 5月 17日

受講申込者署名 沖縄 太郎

印

認印可

自由記述欄 (特記すべき事項があればご記入ください)

Blank box for free description.