

様式 1

事務局整理番号【 】

**令和3年度 佐賀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 受講申込書（集合研修）**

令和 年 月 日

記載例

※枠内にはっきり見えるようにご記入下さい。□枠内は、該当の項目にレ印をつけてください。内容に不備がある場合受付できません。

○事業所等からの所属証明及び推薦（必須）（法人印・事業所印でおねがいします。個人の私印は認められません）
・実施要綱（佐賀県社会福祉士会実施分）を確認し承諾の上、下の申込者が当事業所に所属することを証明するとともに研修受講について推薦します。

施設又は事業所 所在地及び名称	所在地：佐賀市八戸溝〇丁目〇番〇号 名称： 公益社団法人佐賀県社会福祉士会
代表者氏名	役職 会長 氏名 社福 悟朗 印

コメントの追加 [s1]: 所属の事業所または法人名を記載

コメントの追加 [s2]: 事業所印または法人印で押印

○申込者（太枠内の記載は必須です）

ふりがな	ふくし たろう			
氏名	福祉 太郎	■男・□女	申込担当者氏名 <u>総務課 福祉花子</u> 電話番号 <u>0952-20-0012</u>	
生年月日	□昭和 ■平成 17年 4月 1日			
事業所 (送付先)	〒849-0935 佐賀市 八戸溝一丁目 15番 3号 佐賀県社会福祉士会			□県内
連絡先	電話番号：0952-36-5833（事業所）			※受講者本人に連絡のつく、電話番号を記載
修了日 ※2（添付必須）	令和元年 7月 ○日	相談支援従事者初任者研修 講義2日間部分		
	令和元年12月 ○日	サービス管理責任者・児童発達支援管理責任者基礎研修 基礎研修		
実務経験歴 ※3（未記入受付不可）	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		■ 従事している □ 1年以内に従事する予定がある	
	業務期間	合計日数	業務内容（別添1、2の実務経験内容を記載）	
	令和元年12月○日～	550 日	障害福祉サービス事業（生活介護）にて生活支援員として直接支援の業務	
合計	2年 0ヶ月			
発行希望 (いづれか) ※4	■ サービス管理責任者		□ 児童発達支援管理責任者	
質問事項	■ 経験あり □ 経験なし		個別支援計画原案を作成の経験	
	■ 経験あり □ 経験なし		サービス担当者会議や個別支援会議への参加の経験	
	□ 参加あり ■ 参加なし		所属の組織が自立支援協議会に参加しているか	
国家資格・有資格者 ※5	■ あり（資格名： 社会福祉士 ） □ なし			
受講者の 障害の有無	■ 無 ・ □ 有 ※有 の場合は障害の種類を記載、車椅子の使用等の配慮が必要な場合はご記入ください。			
備考	※申込に関して必要な事項があれば具体的に記載してください			

コメントの追加 [s3]: 相談支援従事者初任者研修の講義部分とサビ児管基礎研修の修了日で新しい日付を記載。
例の場合は、基礎研修が新しい為、基礎研修の修了日翌日より換算している。（注：みなしにてサビ児管として配置された日ではない）

コメントの追加 [s4]: 研修開始の前日までの見込みでの記載でも可

申込受付期間： 令和4年1月7日（金）【当日消印有効】

申込書 郵送先（郵送または持参） 〒849-0935 佐賀市八戸溝1丁目15番3号
メール及びFAXは不可 公益社団法人 佐賀県社会福祉士会 サビ児管研修担当者行