

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

※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: 名称:
代表者氏名	役職 氏名 印

○申込者 (太枠内の記載は必須です)

ふりがな	申込担当者氏名		
氏名	□男・□女	電話番号	
生年月日	□昭和 □平成 年 月 日		
事業所(送付先)	〒 -		※事業所名まで記載してください。 □県内
連絡先	電話番号: ()	※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)	年 月 日	相談支援従事者初任者研修 講義 2 日間部分 □	
	年 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 □本会 □他	
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年以内に従事の予定がある □従事
	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)
	年 月 日~ 年 月 日	日	
合計	年 ヶ月		□2年
発行希望(いずれか)※4	□サービス管理責任者		□児童発達支援管理責任者 □サビ □児童
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:) □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		

申込受付期間: 令和4年1月7日(金)【当日消印有効】

注意事項

1. 事業所等名称：ここに記載された名称は、演習名簿・受付名簿等に記載されますのでご了承下さい
2. 修了証を必ず添付してください
3. 実務経験歴

相談支援従事者初任者研修講義 2 日間部分とサービス管理責任者基礎研修の修了日以後、実践研修受講開始日前の 5 年間に通算 2 年以上、相談支援の業務もしくは直接支援の業務を行った場合受講可（詳細は別添 1， 2 の「サービス管理責任者・児童発達支援管理責任者 実践研修 受講の要件」を参照）

相談支援従事者初任者研修講義 2 日間部分とサービス管理責任者基礎研修の両方を修了した日からの実務経験を記載してください。それ以前の実務経験については含むことができません。

- ① 施設又は事業所名欄には、知的障害者更生施設等の種別も記入すること。
- ② 業務期間欄は、証明を受ける者が障害者に対する直接的な援助を行っていた期間を記入すること。（産休・育休・療養休暇や長期研修期間等は業務期間となりません）
- ③ 業務内容欄は、生活指導員、看護師等の職名を記入し、本来業務について、知的障害者更生事業における〇〇業務、〇〇実施要綱の〇〇事業の〇〇業務等具体的に記入すること。
また、療養病床の病棟等において介護業務を行った場合は明記し、当該病棟が療養病床として許可等を受けた年月日を記入すること。
- ④ 内容を訂正した場合は、推薦者の事業所印もしくは法人印を押印してください。なお、修正液による訂正は認められません。

4. 申請された内容で、修了証の発行と名簿管理を行います。（どちらか 1 つにチェックください）
5. 国家資格・有資格者の例

・国家資格等とは、

医師、歯科医師、薬剤師、保健師、助産師、看護師、准看護師、理学療法士、作業療法士、社会福祉士、介護福祉士、視能訓練士、義肢装具士、歯科衛生士、言語聴覚士、あん摩マッサージ指圧師、はり師、きゅう師、柔道整復師、栄養士（管理栄養士を含む。）、精神保健福祉士のことを言う。

・有資格者とは、次のいずれかに該当する者

- 1) 社会福祉主事任用資格を有する者（介護福祉士、精神保健福祉士、研修・講習受講者等）
- 2) 保育士
- 3) 児童指導員任用資格者
- 4) 訪問介護員（ホームヘルパー） 2 級以上（現：介護職員初任者研修）に相当する研修を修了した者