

2日課程用
様式2

記入例

受付NO	
NO	

平成31年度大阪府相談支援従事者初任者研修（2日課程） 受講申込書及び推薦書

※必ず**本人が自筆**で記入のうえ、**配置予定の法人・事業所等代表者から推薦**を受けてください
 ※各項目について記入漏れのないよう正確に記入してください。**記入漏れや不備**があった場合は申込み受付をいたしません
 ※**虚偽**の内容により申込みをされた場合は、修了証書交付後であっても取り消し等の措置を講ずることがあります

ふりがな	こんごう	さくら	生年月日	
申込者氏名	金剛	さくら	昭和・平成 52年 5月 16日	
申込者電話番号	(自宅) 0721 - 00 - 0000	性別	男・女	
	(携帯) 090 - 0000 - 0000			
自宅住所	〒 584 - 0000 大阪府富田林市〇〇町〇丁目〇-〇			
現在従事している事業所及び実施事業種別	法人・企業等名	社会福祉法人 〇〇		
	事業所等名	△△事業所		
	事業所等所在地	〒 584 - 0000 大阪府富田林市〇〇町〇丁目〇-〇		
	事業所等電話番号	0721 - 00 - 0000	担当者名(カタカナ)	モリ
	担当者電話番号	同上	※上記電話番号と異なる場合はご記入ください	
事業種別	1. 療養介護 2. 生活介護 ③ 就労移行支援 ④ 就労継続支援A型 5. 就労継続支援B型 6. 自立訓練(機能訓練・生活訓練) 7. 共同生活援助 8. 自立生活援助 9. 放課後等デイサービス 10. 児童発達支援 11. 保育所等訪問支援 12. 障がい児入所支援 13. 医療型児童発達支援 14. 市町村・府機関 15. 一般相談支援 ※該当するものに〇をつけてください 16. 特定相談支援 17. 障がい児相談支援 18. 重度障がい者等包括支援 19. 居宅介護 20. 重度訪問介護 21. 行動援護 22. 同行援護 23. 短期入所 24. 施設入所支援 25. 高齢福祉関係 26. その他()			
実務経験年数等 <small>※管理者は実務経験年数に含まれません。業務の場合は管理者以外の業務を記入してください</small>	実務経験要件に該当する資格等	① 社会福祉主事任用資格者 2. 訪問介護員2級以上に相当する研修の修了者 3. 児童指導員任用資格者 4. 精神障がい者社会復帰指導員 5. 保育士 6. 介護福祉士 7. 社会福祉士 8. 精神保健福祉士 ⑨ その他国家資格(看護師) 10. 資格なし		
	国家資格による業務	5年 0ヶ月	(すべて2019年3月31日時点)	
	相談支援業務	0年 0ヶ月	直接支援業務	6年 7ヶ月
※上記年数で要件を満たしているかについては指定権者に確認してください				

●現在、事業所等に所属されていない場合は、その旨を【法人・企業等名】の欄に記入
 ●転職等により現事業所への連絡を希望されない場合は、事業所等電話番号の欄に【現在の事業所へ連絡を希望しない】と明記

●本人と異なる場合は担当者名をカタカナで記入
 ●本人の場合は【本人】と記入
 《申込内容についてお問い合わせする場合があります》

●実務経験要件に該当する資格がない場合はこちらに〇

●ご自身のこれまでの実務経験につきまして、詳しくは各事業の届け出をしている市町村担当課にお問い合わせください。
 参考資料
 【指定権者問い合わせ先一覧】
 【実務経験について】

研修受講にあたり 配慮すべき事項	配慮について 【必要】 <input checked="" type="checkbox"/> 不要	1. 車いす（電動・手動） 2. 手話通訳 3. 要約筆記 同行介助者 4. 点字資料 5. 拡大文字 6. その他（ ） 【有・無】		
	※ 配慮について【必要】な方のみ、上記該当する項目に○をつけてください			
サービス管理 責任者・児童発達 支援管理責任者 として配置され る予定の事業所 （配置予定日まで に実務経験要件を 満たすこととす ます）	事業所名 （未定でも可）	<input checked="" type="checkbox"/> □□事業所	事業所所在地 市 区 町 村	大阪市中央区
	事業申請状況	① 指定番号（ 2700000000 ） 2. 本申請中 3. 事前協議中 4. 事前協議済		
	事業開始年月 日 （予定を含む）	2015年4月1日 <input type="checkbox"/> 20__年度中 <input type="checkbox"/> 開始年度未定		
	サービス管理責任者等として指定権者に ※「届け出ている」にチェックをした方は指定権者に提出し、 受付印の押された「研修等受講誓約書」 の写しを必ず提出してください	<input type="checkbox"/> 届け出ている <input type="checkbox"/> 届け出ている <input type="checkbox"/> 届け出ている <input type="checkbox"/> 届け出ている		
	配置年月日 （予定を含む）	2019年10月1日 <input type="checkbox"/> 20__年度中 <input type="checkbox"/> 配置年度未定 ※みなし配置日を含む <input type="checkbox"/> 人事異動に備えて		
事業種別 （配置予定日まで に実務経験要件を 満たすこととす ます）	① 療養介護 ② 生活介護 3. 就労移行支援 4. 就労継続支援A型 5. 就労継続支援B型 6. 自立訓練（機能訓練・生活訓練） 7. 共同生活援助 8. 自立生活援助 9. 放課後等デイサービス 10. 児童発達支援 ※該当するものに○をつけてください 11. 保育所等訪問支援 12. 障がい児入所支援 13. 市町村・府機関 14. その他（ ）			
同一事業所から同一分野へ複数申込みする際の優先順位 （配置予定の事業所等代表者に確認し、正確に記入してください）	= 2 人中 = 2 人目			
厚生労働省で定める人員基準上、サービス管理責任者等を含む配置しなければならない場合の配置人数	= 2 人			
推薦欄	下記の者については、指定障がい福祉サービスのサービス管理責任者もしくは指定障がい児支援の児童発達支援管理責任者として、 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、下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承知しています。			
	2019年○月○日			
法人・企業名	株式会社 ○△□			
事業所等名	□□事業所			
事業所等所在地	大阪府大阪市中央区○○町○丁目○-○			
事業所等電話番号	06 - 0000 - 0000			
法人・事業所等代表者名	理事長 ○○△△			
	代表者印 公印			
受講申込者署名欄	本研修の受講申込みにあたり、学別及び募集要項に記載の内容に了承し、本申込書に虚偽なく記入いたしました。また、推薦者からの推薦取り下げがあった場合は、それに従います。当該事業の指定申請状況等について、事業の指定権者へ照会することについて了承します。			
	2019年○月○日			
	受講申込者署名 金剛 さくら			
理由欄	※推薦が得られない場合および指定権者へ照会することに了承できない場合は必ず理由を記入してください。			
	2019年 月 日			
	受講申込者署名			

●現在、暫定的にサービス管理責任者・児童発達支援管理責任者の業務をされている方

●今後配置予定で、指定権者の受付印のある研修受講誓約書のある方
⇒【**届け出ている**】に**☑**を記入

●今後配置予定で、研修受講誓約書がない方
⇒【**届け出ている**】に**☑**を記入

●暫定的にサービス管理責任者・児童発達支援管理責任者を既にされている方は、配置された年月日を記入

●今後の配置年月日が確定している場合（月まででも可）は本枠に年月日を記入
※サービス管理責任者等研修を修了（予定含む）し、実務経験を満たした上で配置可能な年月日を記入

●予定年度のみ決まっている場合は年度を記入し【20__年度中に配置予定】に**☑**を記入

●未定の場合は【配置年度未定】に**☑**を記入

●未定かつ人事異動に備えて資格を取得しようとする場合は【人事異動に備えて】に**☑**を記入

●複数人の配置が義務付けられている場合はその人数を記入
記入がない場合は1人とみなします

●配置予定の事業所が、**現在所属の法人・企業等と異なる場合は、今後配属される予定の事業所の法人・企業等代表者から推薦を受けてください**

●受講申込者が代表者の場合は自薦

●法人・企業等の【**公印**】を押印
※本人印は不可

●法人・企業等立ち上げ中などにより、公印を押印できない場合は、その旨を【理由欄】に記入