

児童発達支援管理責任者用

令和元年度 長崎県サービス管理責任者等基礎研修 受講申込書（推薦書）

令和元年 月 日

申込者の所属  
法人名・所属名

所属長名

事業所印

令和元年度長崎県サービス管理責任者等基礎研修の受講者として、次の者を受講させたいので推薦します。

1. 申込者の状況

ふりがな		性別	男 ・ 女
受講希望者氏名 *本人の自署		生年月日	昭和 ・ 平成 年 月 日
本人の 自宅住所	〒 - 電話番号		
所 属 ※法人・会社名 等必ず正式名称 を記入してくだ さい	法人等名		
	事業所等名		
	事業所種別		
	所在地	〒 -	
	連絡先	電話番号	FAX

2. 受講要件

★実務経験年数を新しい順に記載してください。

※管理者は実務経験年数に含まれません。兼務の場合は管理者以外の業務を記入してください。

	実務要件に合致する勤務先事業所の名称	実務従事期間	従事年月日
①		昭・平・令 年 月 日 昭・平・令 年 月 日	年 月間
②		昭・平・令 年 月 日 昭・平・令 年 月 日	年 月間
③		昭・平・令 年 月 日 昭・平・令 年 月 日	年 月間
④		昭・平・令 年 月 日 昭・平・令 年 月 日	年 月間
		通算 ( 年 月 日 )	年間

※所属長欄は、事業所の管理者を記載してください。

→p.2 もご記入ください。

p.1 もご記入ください。

受講希望者氏名	
---------	--

★実務要件に該当する資格等 ※資格証の写しを添付			
	資格の種類	取得年月日	
		昭・平・令	年 月 日
		昭・平・令	年 月 日
★受講日の希望 どちらかに○をつけてください。			
第一希望	11月20・21日	12月11・12日	
第二希望	12月11・12日	11月20・21日	
どちらでも良い		第一希望のみ	

### 3. 受講申込者の配置について

★下記1～4のうち、該当番号に○を記入の上、必要事項を必ず記載してください。			
1. 既に事業を開始しているが、サービス管理責任者等（申込者）は本研修を修了していない。 （欠如）			
2. 今後新規事業（所）の開設予定があり、申込者は修了後、サービス管理責任者等で、直ちに配置される予定がある。			
●サービス事業種別			
●開設予定年月 年 月開設予定 【具体的に必ず記入】			
3. 既にサービス管理責任者等は配置されているが、2人目以降のサービス管理責任者等として配置される予定がある。			
4. 相談支援従事者初任者研修の前期講義2日間の受講状況（どちらかに○をつけてください）			
受講している		受講していない	
5. その他			
★同一事業所（同グループ）におけるこの者の優先順位			
申込者		人中、この者は第 位	
書類送付先（何れかに○をつけてください） 担当者氏名		法人	事業所
★受講に必要な配慮			
1. 車いす（電動・手動） 2. 手話通訳 3. 要約筆記 4. 点字資料 5. 拡大文字 6. その他（			同行介助 （有・無）

※1人につき1枚提出してください。