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　　　　月間　（　　　　　　日） |
|  |
| ※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。　 |
|

|  |  |
| --- | --- |
| 受講希望者氏名 |  |

ｐ.1もご記入ください。 |
|  |
| ★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　　どちらかに〇をつけてください。 |
| 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（どちらかに〇をつけてください）　　　　　　　 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（何れかに〇をつけてください）　　　　　法人　　　　　　事業所　　　担当者氏名 |
| ★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。