

児童発達管理責任者用

令和元年度 長崎県サービス管理責任者等更新研修 受講申込書（推薦書）

令和元年 月 日

申込者の所属

法人名

法人住所

理事長名

法人印

令和元年度長崎県サービス管理責任者等更新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
受講希望日 ○で囲む	1. 1月15日 2. 1月16日	【例：1の日程希望⇒2の日程へ変更可能】 受講日程の変更可能 □はい □いいえ ※✓を記入ください	

★研修の修了状況

※サービス管理責任者等研修修了証書の写しを添付ください。

修了年度	(平成 年度) ※複数分野を修了している方は、初回の研修受講年度をご記入ください。		
修了分野 ○で囲む	1. 生活介護 4. 地域生活（身体）	2. 地域生活（知的・精神） 5. 児童	3. 就労

★現在（申込時点）の従事分野について該当番号を○で囲んでください。

1. 生活介護      2. 地域生活（知的・精神）      3. 就労  
4. 地域生活（身体）      5. 児童      6. その他（      ）  
7. 従事していない（過去の従事分野：      ）

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

## 2. 従事状況

★下記の該当番号を○で囲み、必要事項を記入ください。

1	現在（申込時点）、サービス管理責任者又は児童発達支援管理責任者として従事している。 （平成・令和）____年____月から、____責任者として従事している。
2	過去にサービス管理責任者又は児童発達支援管理責任者として従事していた。 ____年前まで、通算____年間、____責任者として従事していた。
3	今後、サービス管理責任者又は児童発達支援管理責任者として従事（配置）予定である。 事業所名 _____ 従事予定年月 令和____年____月に従事（配置）予定【具体的に必ず記入】
4	サービス管理責任者又は児童発達支援管理責任者として従事したことがない。

## 3. 受講申込者の配置について

★下記の該当番号を○で囲み、必要事項を記入ください。

1. 現在、障害福祉サービス事業所に従事していない。

⇒ 申立書（別紙1・ホームページ掲載）をご提出ください。

2. 今後、障害福祉サービス事業所等に従事（配置）予定である。

⇒ 採用内定通知書等（写し）を添付してください。

3. 現在、障害福祉サービス事業所等に従事している。

⇒ 現在従事している事業所等について記入ください。

●法人名 \_\_\_\_\_

●事業所名 \_\_\_\_\_

●事業所所在地 〒 \_\_\_\_\_

●事業所等の連絡先

電話番号 \_\_\_\_\_ FAX \_\_\_\_\_

●サービス・事業所の種類 ※該当番号を○で囲んでください。

1. 療養介護 2. 生活介護 3. 自立訓練（機能訓練） 4. 共同生活援助

5. 自立訓練（生活訓練） 6. 自立生活援助 7. 就労移行支援・就労定着支援

8. 就労継続支援A型・B型 9. 障害児通所施設 10. 障害児入所施設

★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 \_\_\_\_\_ 自宅 \_\_\_\_\_  
連絡先電話番号：

★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。

