**２０１７年度福岡県サービス管理責任者研修（後期）申込書**

**【様式１-表面】**

|  |
| --- |
| 事務局確認覧 |
|  |
| 受付No |

**※複数分野を申し込まれる方は分野ごとに申込書を作成してください。**

※申し込みは必ず**事業所ごとにまとめて**行ってください。**可否決定通知は「現在勤務している事業所」宛**に行います。

※個人で申し込まれる方は、勤務先の事業所所在地欄にご自宅住所を記入の上、２.理由書欄を記載してください。

※各項目について正確に記入してください。内容に不備や**空欄**、虚偽があった場合は申込を受付けない場合があります。

**１．受講申込について**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ふりがな |  | | | 性　別 | | 生年月日 | | | | | | 実務経験年数 | |
| 受講者氏名 |  | | | 男　　・　　女 | | 昭和  平成 | 年　　　　　月　　　　　日 | | | | | 通算　　 　　　年　　　 　　か月  （**２０１８年３月３１日時点**）  （詳細は様式３履歴書に記入） | |
| 現在勤務している事業所について | 事業所名 |  | | | | | | | | | | | |
| 事業所の  所在地 | 〒　　　　　　― | | | | | | | | | | | |
| ＴＥＬ |  | | | | | | ＦＡＸ | | |  | | |
| 事業種別  ※該当する番号を選び右欄に記入 |  | １．療養介護　２．生活介護　３．自立訓練（機能訓練）　４．自立訓練（生活訓練※宿泊型を含む）  ５．共同生活援助　６．就労移行支援　７．就労継続支援　８．その他（　　　　　　　　　　　　　　　） | | | | | | | | | | |
| 希望受講分野  ※申込書1枚につき1分野のみ  ※演習時のグループ分けの参考にさせていただくこともあります。 | |  | １．介護　　　　　　　　　　　　　　⇒ | | | | | |  | ①療養介護、②生活介護 | | | |
| ２．地域生活（身体） | | | | | | **－** | ①自立訓練（機能訓練） | | | |
| ３．地域生活（知的・精神）　　　⇒ | | | | | |  | ①自立訓練（生活訓練）、②共同生活援助 | | | |
| ４．就労　　　　　　　　　　　　　　⇒ | | | | | |  | ①移行支援、②継続支援Ａ型、③継続支援Ｂ型 | | | |
| 相談支援従事者初任者研修の修了状況  ※該当する番号を選び右欄に記入 | |  | 申込時点で | | １．講義（１～２日間）を修了済み　⇒　受講証明書のコピーを添付 | | | | | | | | |
| ２．全日程（５日間）を修了済み　　⇒　修了証書のコピーを添付 | | | | | | | | |
| ３．現在申し込み中　　　　　　　　　⇒　申込書又は決定通知書のコピーを添付  （※申込書添付の方は、受講決定後、必ず受講決定通知書をFAX又は郵送して下さい。） | | | | | | | | |
| ４．受講していない | | | | | | | | |
| サービス管理責任者研修の他分野、児童発達支援管理責任者研修の受講履歴  ※該当する方を○で囲む | | 有 ・ 無 | ※過去に他分野の受講歴がある方は修了証書番号を記入のうえ、写しを添付  修了証書番号： | | | | | | | | | | |
| 今回の申込に係る状況  ※該当する項目の番号を選んで記入 | |  | １．事業所の運営において必要なサービス管理責任者が配置できず、現に減算対象となっている | | | | | | | | | | |
| ２．既に事業を開始しており、現在受講希望者がサービス管理責任者として従事しているが、経過措置により本研修が未受講。　　　　　　　　　　　　　⇒ | | | | | | | | | | 【従事開始日】  　　　　　　年　　　　月 |
| ３．今後新規立ち上げを予定している事業所にサービス管理責任者がいないため、本研修修了後に今回の申込者を配置予定。　　　　　　　　　　　　　⇒ | | | | | | | | | | 【事業開始時期】  　　　　　　年　　　　月 |
| ４．配置される予定の事業所に、サービス管理責任者はいるが、指定要件上（利用者定員との関係等）、複数のサービス管理責任者の配置が必要な事業所であり、今回の申込者も本研修修了後、サービス管理責任者として配置予定。　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　⇒ | | | | | | | | | | 【利用者定員数】  　　　　　　　　　 　　名 |
| ５．既にサービス事業者の指定を受けており研修修了者はいるが、その者の退職等により、サービス管理責任者を今回の申込者と交代する予定。　⇒ | | | | | | | | | | 【交代時期】  　　　　　　年　　　　月 |
| ６．すぐにサービス管理責任者として配置される予定はないが、配置交代が必要になった場合に備え、資格者を用意しておくため。 | | | | | | | | | | |
| ７．その他（具体的に）　⇒ | | | | | | | | | | |
| 特記事項 |  | | | | | | | | | | | | |

**※裏面もご記入の上、両面印刷またはホッチキスで留めてお申し込みください。**

**※空欄があると受付いたしません。必ず全てご記入ください。ご不明な点は記入例をご参照ください。**

**【様式１-裏面】**

**２．事業所推薦について**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 同一事業所から複数申し込む場合の優先順位  （※必ず事業所代表者に確認してから記載してください） | | | | | | | | | **人中　　　　　　番目** | | | | | | |
| **推薦欄**  本申込書の記載内容に相違ないことを確認し、上記の者を受講者として推薦いたします。  　　　　　　　年　　　　月　　　　日 | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | 推薦事業所名 |  | | | | | | | | | | |  | | |
|  | 推薦事業所の  代表者名 | 役職 |  | | |  | 氏名 | | | 公印 | | | | | |
|  |  |  | |  | ＴＥＬ | | |  | | |  | ＦＡＸ | |  |  |
|  | | | | | | | | | | | | | | | |
| **理由書**※配置予定の法人・事業所等から推薦を得られない場合は、その理由を記入し、押印してください。  　　　　　　　年　　　　月　　　　日  受講者署名　　　　　　　　　　　　　印 | | | | | | | | | | | | | | | |

<添付書類のチェック>

□　相談支援従事者初任者研修（講義または全日程）の修了者は、受講証明書・修了証書のコピーを添付している

□　本研修で過去に他分野の受講歴のある方は、修了証書のコピーを添付している

□　優先順位は「同一事業所内」での順位を確認している

□　推薦欄に捺印されているのは公印である

□　履歴書は添付している