

## 令和5年度 宮崎県サービス管理責任者・児童発達支援管理責任者 実践研修(2回目)受講申込書

ふりがな		印	性別	男 ・ 女	
申込者氏名		印	生年月日	昭和・平成	年 月 日
自宅住所	〒		申込者 連絡先 TEL		
法人名					
所属 事業所名					
所属事業所 所在地	〒		事業所 TEL		
			事業所 FAX		
メール アドレス					
受講決定通知書送付先 (☑をつけてください)	<input type="checkbox"/> 自宅	申込に関する 担当者	氏名		
	<input type="checkbox"/> 事業所		TEL		
受講にあたって配慮すべき事項 (☑をつけてください)	<input type="checkbox"/> 車椅子使用				
	<input type="checkbox"/> その他 ( )				
受講申込要件(開催要領「3 受講対象者」①～③の内、どの要件を満たすか該当する番号に☑をつけてください。)					
<input type="checkbox"/> ①基礎研修修了後、実務経験(OJT)2年以上 <input type="checkbox"/> ②基礎研修修了後、実務経験(OJT)6ヶ月以上					
<input type="checkbox"/> ③旧カリキュラム修了者で、令和元年度以降に講義部分を修了した後、実務経験2年以上					
研修修了 状況	サービス管理責任者・児童発達支援管理責任者 基礎研修 修了年度		令和	年度	※修了証書の写しを 添付してください
	相談支援従事者初任者研修(講義部分) 修了年度		令和・平成	年度	※受講証明書または 修了証書の写しを 添付してください
	サービス管理責任者・児童発達支援管理責任者 研修 修了年度 (平成31年3月31日までの研修修了者)		平成	年度	※修了証書の写しを 添付してください
実務経験の確認(受講対象者①～③のいずれか該当する欄に記入してください。) ※従事年数実務経験(見込)証明書の内容を転記してください。					
① 実務経験(OJT)2年以上	従事年数	年 月	従事日数	日	※基礎研修修了後の業務 従事期間の合計(実務経 験証明書が複数枚ある場 合は、合算して記入)
	従事年数	年 月	従事日数	日	
② 実務経験(OJT)6ヶ月以上	個別支援計画作成の一連 の業務実施回数(見込)	回	個別支援計画作成の業務に従 事する旨、指定権者に届出		有 ・ 無
	基礎研修受講開始日において、既にサービス管理責任者等の配置に 係る実務経験要件(3～8年)を満たしているか				いる ・ いない
③ 旧カリキュラム修了者で、令 和元年度以降に講義部分修 了後、実務経験2年以上	従事年数	年 月	従事日数	日	※講義部分修了後の業務 従事期間の合計(実務経 験証明書が複数枚ある場 合は、合算して記入)