

# 申込様式1 (記入例)

## 令和元年度 長野県 サービス管理責任者・児童発達支援管理責任者 更新研修 申込書様式

特定非営利活動法人長野県相談支援専門員協会 宛

※ 下記の該当する箇所にチェックを入れ、必要箇所は記入してください

※ 記入漏れがある場合は受理できないことがありますのでご注意ください

※ 修了証に記載しますので、受講者氏名の字体は楷書で正確にご記入ください。

申込団体名	(福)〇〇福祉会 多機能型事業所△△		
申込団体住所 建物名・部屋番号 等も詳しく ご記入ください	〒 000 - 0000	長野県 信濃アルプス市 土湖加1丁目1番地 阿底ビル2階	
電話番号	026-000-0000	FAX番号	026-000-1111
所属長氏名	七篠 権兵衛	申込担当者氏名	葉梨 菊代

「令和元年度 長野県 サービス管理責任者・児童発達支援管理責任者 更新研修」に下記の者を受講させたいので、上記団体より推薦の上、申し込みます。なお、下記の者が今回申し込む研修の実務要件を満たしている、若しくは今年度中に満たすことを上記団体の代表が責任を以て認め、それに係る不備や虚偽等があった場合は、研修修了の取り消しを含め指定者の指示や処分に従うことを認めます。

<input checked="" type="checkbox"/> 認めます(上記内容に同意し、受講を申し込みます)	<input type="checkbox"/> 認めません(受講申込できません)		
受講者氏名	葉梨 菊代	氏名ふりがな	はなし きくよ
生年月日(西暦)	1970 年 0 月 0 日	性別	<input type="checkbox"/> 男 <input checked="" type="checkbox"/> 女
修了済各研修 修了証番号 ※①は必須、②と ③は選択	① 相談支援従事者初任者研修(講義部分を含む)： 21障自第000-000号		
	② サービス管理責任者研修(最初に修了した1分野のみ)： 21障自第000号-000番		
	③ 児童発達支援管理責任者研修もしくはサビ管児童分野： 26県障児発管第0-0000号		
<input type="checkbox"/> 正会員	<input type="checkbox"/> 団体会員	会員ID	
資格名称・職名	社会福祉士 サービス管理責任者		
備考			
受講を希望する研修日程 ※第1希望、第2希望 それぞれの研修No.を記入	研修No.19050 日程① 10月9日(水)		
	研修No.19051 日程② 10月10日(木)		
	研修No.19052 日程③ 10月11日(金)		
	研修No.19053 日程④ 10月16日(水)		
	研修No.19054 日程⑤ 10月17日(木)		
	第1希望	19051	第2希望 19053
交付を希望する修了証の種類 (いずれか一つを選択)	<input type="checkbox"/> 「① 障がい者サービス管理責任者更新研修修了証」のみ		
	<input type="checkbox"/> 「② 児童発達支援管理責任者更新研修修了証」のみ		
	<input checked="" type="checkbox"/> ①と②両方の修了証(複数発行手数料1,000円がかかります)		

①. 所属	<input checked="" type="checkbox"/> 指定障害福祉サービス事業所(基準該当事業所を含む)	<input type="checkbox"/> 行政機関	<input type="checkbox"/> 医療機関
	<input type="checkbox"/> その他( )		
②. 業務内容	<input checked="" type="checkbox"/> サービス管理責任者	<input type="checkbox"/> 児童発達支援管理責任者	<input type="checkbox"/> 管理者
	<input type="checkbox"/> 相談支援専門員	<input type="checkbox"/> その他( )	
③. ②における実務経験の期間	5 年	5 ヶ月	

◎申し込み締め切り日：令和元年9月25日(水)