様式１（表）

令和４年度 鳥取県サービス管理責任者･児童発達支援管理責任者基礎研修 受講申込書

■全ての項目についてご記入、または該当する欄（□）にチェックを入れてください。

■複数者申し込まれる場合であっても、申込書は必ず１名につき１枚、ご提出ください。

ふりがな		日中連絡が取れる連絡先
申込担当者氏名		固定電話：
		携帯電話：

1. 基本情報

ふりがな			
氏　　名			
生年月日	□昭和　□平成　　年　　月　　日		
法人（会社）名			
勤務先名			
事業種別	□療養介護 □自立訓練（生活訓練） □就労継続支援（A型） □障害児入所施設 □保育所等訪問支援	□生活介護 □共同生活援助 □就労継続支援（B型） □児童発達支援 □その他（　　）	□自立訓練（機能訓練） □就労移行支援 □障害者支援施設 □放課後等デイサービス
勤務先住所	〒　　ー		
	電話番号		
	メールアドレス	※必ず、直接本人に連絡が取れるアドレスをご記入ください	
配慮事項	□特になし　□車いす　□手話　□点字　□その他（　　）		

２．申込について

希　望　日	□特に希望なし	□９月１４日、１５日	□１１月１日、２日
複数人申込をする場合の、事業所内の優先順位	人中　　番目		
希望する修了証書	□サビ管　□児発管		
実務経験の通算年数 ※ 別紙1、別紙２を参照し、該当する実務経験期間を記入してください。	年　　ヶ月（令和４年７月１日現在） ※ 実務経験証明書を添付して下さい		
現在所持している関連資格	□資格なし □保健師 □介護福祉士 □介護職員基礎研修 □その他（　　）	□社会福祉士 □介護支援専門員 □訪問介護員（　　級） □介護職員初任者研修	□精神保健福祉士 □社会福祉主事任用資格 □保育士 □介護職員実務者研修
相談支援従事者初任者研修（サビ管・児発管向け）の受講状況	□受講済み（　　年度）　□未受講		

３．事業所からの推薦と署名等

推　薦　欄	
上記の者については、本申込書に記入した内容について相違ないことを確認し、受講者として推薦します。 令和　　年　　月　　日 法人名 事業所名 法人代表者　　代表者印（必ず押印）	
受講希望者署名	
本申込書に記載した内容に相違はなく、推薦欄のとおり法人の推薦を受けて申し込みいたします。 また、推薦者から推薦の取り下げがあった場合は、それに従います。 令和　　年　　月　　日 受講希望者署名　　（必ず自署）	
個人申込の方	※所属事業所から推薦が受けられない場合は、必ず理由を記載してください。

注１　本申込書は、受講者選考の参考とさせていただきます。内容については正確に記入してください。

注２　本申込書は、事業所指定を受けるにあたって、サービス管理責任者・児童発達支援管理責任者に求められる要件を満たしていることを確認するものではありません。指定要件に関するお問い合わせは鳥取市並びに中部総合事務所県民福祉局、西部総合事務所県民福祉局までお問合せください。