

令和7年度サービス管理責任者等実践研修受講申込書

令和7年 9月 20日

岩手県社会福祉士会会長 様

事業所所在地	〒020-**** 岩手県盛岡市〇〇〇〇〇〇			代表印 (個人の認印は不可)
法人名	社会福祉法人〇〇〇〇			
事業所名	〇〇〇〇園	事業所代表者氏名	陸奥 一郎	代表印
事業所電話番号	019(6△△)△△△△	研修申込担当者氏名	窓口 次郎	
事業所FAX番号	019(6△△)△△△△			
受講希望者がサービス管理責任者等として配置される(予定)の事業所状況	事業所名	〇〇〇〇園	定員	30 人
	事業者指定を受けた(予定)時期		平成××年 4 月	
	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の配置		<input checked="" type="radio"/> ① 配置済 <input type="radio"/> ② 今後配置予定 令和 年 月 <input type="radio"/> ③ 現時点では未定	
	事業所へのサービス管理責任者等の配置が必要な人数		1 人	
同一事業所内で既にサービス管理責任者等研修を修了している人数		3 人		

事業所の状況を記入してください。

※事業所代表者氏名欄の押印は代表者印となります(個人の認印は不可)。事業所代表者印がない場合は、法人の代表者印を押印してください。

標記研修について、次の者に受講させたいので申込書を提出します。

ふりがな	いわて さぶろう	生年月日	19××年 1 月 1 日
受講希望者氏名	岩手 三郎	現在の職名	生活支援員
		自宅の住所地	盛岡 (市)・町・村
交付を希望する修了証書 ※3を希望する場合は双方の実務要件を満たしているかご確認ください	<input checked="" type="radio"/> ① サービス管理責任者 <input type="radio"/> ② 児童発達支援管理責任者 <input type="radio"/> ③ サービス管理責任者 及び 児童発達支援管理責任者		
受講要件	実務経験要件 ※②	<input checked="" type="radio"/> ② 直接支援業務8年以上(かつ障害者又は児童に対する支援3年以上) <input type="radio"/> ① 相談支援業務5年以上(かつ障害者又は児童に対する支援3年以上) <input type="radio"/> ③ 有資格者で直接支援業務5年以上(かつ障害者又は児童に対する支援3年以上)、又は 相談・直接支援業務通算3年以上かつ有資格者等従事期間3年以上 (有資格者等従事期間5年以上かつ障害者又は児童に対する支援3年以上) (3の場合、所持している資格の名称) ※証書等、資格の名称が分かる書類を添付のこと。	
	基礎研修修了後のOJT(該当する方に○)	<input type="radio"/> ○ サービス管理責任者等基礎研修を修了後、本研修の受講前までの5年間に、相談支援業務又は直接支援業務に従事した期間が2年以上あること <input type="radio"/> ○ サービス管理責任者等基礎研修を修了後、本研修の受講前までの5年間に、個別支援計画作成の業務に従事した期間が6か月以上あること	
	サービス管理責任者等基礎研修の受講歴又は平成30年度以前のサービス管理責任者等研修の受講歴	受講都道府県	岩手県 令和 3 年 10 月 31 日
同一事業所から複数名申込み場合の優先順位 ※ 該当がある場合は必ず記入してください。	2 人中 1 番目		
配置予定	<input type="radio"/> 1 配置済み <input checked="" type="radio"/> ② 今後配置予定 令和7年 12 月 <input type="radio"/> ③ 現時点では未定		

受講生の状況を記入してください。

障がい福祉 業務従事経 験等	障がい福祉関係事業所における個別支援計画（原案含む） 作成の経験の有無	1 有（ 件作成） <b>2</b> 無
	直近の障害福祉サー ビス事業所における 勤務経験	介護 1 療養介護、2 生活介護
		地域生活（身体） 自立訓練（機能訓練）
		地域生活（知的、精神） <b>1</b> 自立訓練（生活訓練）、2 共同生活援助、3 自立生活援助
		就労 1 就労移行支援、2 就労継続支援、3 就労定着支援
児童 1 障害児入所支援、2 障害児通所支援		
受講希望 理由	1 今後サービス管理責任者等の配置が必要な新規事業開始が予定されているが、配置 できる者がいない。（事業開始時期 令和 年 月（予定）） <b>2</b> 配置予定の事業所に既に配置できる者はいるが、基準上複数のサービス管理責任者 等の配置が必要な事業所であり、研修終了後配置される予定 3 配置予定の事業所に既に配置できる者はいるが、その者の退職・人事異動等により 交代する予定（交代時期 令和 年 月（予定）） 4 すぐに配置される予定はないが、法人内（事業所内）において、急遽サービス管理 責任者等の配置・交代が必要となった場合に備えて希望 5 スキルアップのため。 6 その他（ ）	

【受講希望者の実務経験】 ※ 令和7年9月末時点の経験を記載のこと。

事業所名	職名	従事期間	年月	主たる業務
□□□□園	生活支援員	平成27年 4月 ～令和7年 8月	10年 5月	相談支援 <b>直接支援</b>
具体的業務の内容：				
		年 月 ～ 年 月	年 月	相談支援・直接支援
具体的業務の内容：				
		年 月 ～ 年 月	年 月	相談支援・直接支援
具体的業務の内容：				
合計	相談支援業務：	年 月	直接支援業務：	<b>10年 5月</b>

※① 各空欄には記載事項を、番号欄には○印を、下線部には数値の記載をお願いします。

※② 研修実施要領別添資料1を御確認ください（括弧書は児童発達支援管理責任者の要件を記載）。

※③ 添付書類：サービス管理責任者等基礎研修修了証書の写し

参加にあたり何らかの措置を御希望の方は、以下に御記入ください。

（なお、御要望には対応できない場合があることをあらかじめ御了承ください。）

例：車いす又は電動車いすの使用、手話通訳の必要性等

令和7年9月30日(火)郵送必着。郵送(110円切手添付の返信用封筒同封)のこと。