**【受講要件１の方】**

**埼玉県サービス管理責任者等実践研修　受講申込書兼推薦書**

私は下記のとおり受講を申し込みます。　　　　　　　　　　申込年月日：令和　　年　　　月　　　日

|  |
| --- |
| **受講申込書** |
| **ふりがな** |  | **受付番号** | SJ |
| **申込者氏名** |  | **生年月日** | S・H　　　年 　　　月　 　　日生 |
| **申込者住所※県外住所は優先順位が下がります** | 〒 |
| **申込者電話番号** | 　　　　（　　　　） | **メールアドレス** |  |
| **勤務先****※県外事業所は申込できません** | 法人名 |  |
| 事業所名 |  |
| 事業所所在地 | 〒 |
| **事業所電話番号** | 　　　　（　　　　） | **メールアドレス** |  |
| **研修修了状況** | **研修名(受講にはA群・B群それぞれ1研修以上の修了が必要です。)** | **修了年月日** |
| A群 | 相談支援従事者初任者研修 | 年　　月　　日 |
| サービス管理責任者等基礎研修（共通講義） | 年　　月　　日 |
| B群 | 旧サービス管理責任者等研修（分野別） | 年　　月　　日 |
| サービス管理責任者等基礎研修（専門講義・演習） | 年　　月　　日 |
| 要件① | **実務期間：**基礎研修受講日前日　までの実務経験年数※複数の事業所で経験がある方はその合計 | **業務内容（いずれか選択）** | **期間** |
| **相談支援　・　直接支援** | 年　　ヶ月 |
| 要件② | 個別支援計画作成の一連の業務に従事している期間と回数 | **期間：令和　　年　　月　　日～令和　　年　　月　　日　　　回数：　　　回** |
| 要件③ | 個別支援計画作成の一連の業務に従事することについて指定担当部局に届出を行っていますか。 | 　　　　　　　　　　　に届出を行っている。　（例：埼玉県庁） |
| **実務期間：**基礎研修修了日から研修開始日前日までの実務経験年数※複数の事業所で経験がある方はその合計 | **業務内容（いずれか選択）** | **期間** |
| **相談支援　　サービス管理責任者****直接支援　児童発達支援管理責任者** | 年　　ヶ月 |
| **【推薦書】ご所属の法人・事業所等より上記の内容について確認を受け、法人・事業所等代表者より推薦を得てください。** |
| **申込者について、電子申請及び受講申込書の内容に相違ないことを確認し受講者として推薦します。****また、推薦者について研修受講に係わる不正があった場合は必要な措置を受け入れることを了承します。****法人名****事業所名****法人・事業所代表者氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　法人代表者印** |