**【受講要件２の方】**

**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 |
| **実務経験年数****\*基礎研修修了後の実務経験をご記入ください。****(記載内容について、別途実務経験経歴証明書の提出が必要です。)** | **法人名・事業所名** | **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 |
|  | **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 |
|  | **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 |
|  | **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 |
| **通算実務経験年数（2年以上要）** | 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　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（自筆）** |