

宮崎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・推薦書

宮崎県知事 殿

標記研修を下記の者に受講させたいので推薦します 推薦日 令和 年 月 日

Table with 4 columns: 法人名, 代表者職名, 代表者氏名, 法人印

標記研修について、下記のとおり申込みます 申込日 令和 年 月 日

1 受講者氏名

Table for applicant details includingフリガナ, 印, 性別, 氏名, 生年月日, 自宅住所, TEL

2 現勤務先(原則:この所在地に結果を通知します)

Table for current employer details including 法人名, 勤務先名称, 郵便番号, 職種, 電話番号

3 実務経験通算年数(令和元年10月15日現在で記入すること) ※受講の手引きの早見表を参考に記入してください P7・P10

Table for practical experience including 相談の業務, 介護等の業務, 保有資格, and a checkbox for meeting requirements

4 配置予定先

Table for placement details including 法人名, 事業所名, 実務要件及びOJT, and a list of service types

5 過去に受けたことのある研修がある方は、○を付け、修了証等を添付してください。

Table for past training with checkboxes and instructions to attach certificates

6 今年度の相談支援従事者研修(全日程5日間)を申し込んでいる場合は○を付けてください。

Table for current year training application with a checkbox and instructions

7 法人内の優先順位 (法人内全部の申込書を取りまとめて郵送してください)

Table for priority ranking within the corporation with a checkbox and instructions

8 受講にあたって配慮すべき事項 ※必要に応じて該当する項目の口にチェック☑をいれてください。

Table for special considerations with checkboxes and a field for special items

●この申込書は、下記の場合に申し込みできます。

- ・相談支援従事者研修(講義部分2日間)とサービス管理責任者等研修(3日間)の両方を申し込まれる方
・相談支援従事者研修(全日程5日間もしくは講義部分2日間)を受講済みの方で、サービス管理責任者等研修(3日間)のみを申し込まれる方

※サービス管理責任者等研修とは、サービス管理責任者・児童発達支援管理責任者研修の事を指しています。