

令和8年度サービス管理責任者等実践研修受講申込書

令和8年 9月 10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 (個人の認め印は不可)
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の配置状況	① 配置済 2 今後配置予定 令和 年 月		
	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。※「今後配置予定」は新規立上げ予定の時などを想定

※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。

※ 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。

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	① サービス管理責任者 2 児童発達支援管理責任者 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 ※別添資料1	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) 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) 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) ※かっこ書き内は児童発達支援管理責任者の実務経験。 (3の場合、所持している資格の名称を必ず記入) ※証書等、資格が分かる書類を添付。		
		児童福祉主事任用資格、中学校教諭免許		
	基礎研修修了後のOJT(該当する方に○)	○	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	
			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 修了年月日	岩手県 令和 6年 10 月 24 日	
同一事業所から複数名申込む場合の優先順位 ※ 該当がある場合は必ず記入してください。		2 人中 1 番目		

受講生の状況を記入してください。

配置予定	1 みなし配置済	② 今後配置予定	令和8年12月	3 現時点では未定
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） ② 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） ① 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		
受講希望 理由	児童 1 障害児入所支援、2 障害児通所支援			
	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））			
	② 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（			

該当する**どちらか一方**に丸をしてください。

該当する**どちらか一方**に丸をしてください。

【受講希望者の実務経験】 ※ 令和8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
〇〇〇〇園	生活支援員	平成28年 4月 ～令和8年 9月	10年 6月	相談支援 <u>直接支援</u>
事業名：生活介護 （その他の例…共同生活援助、特別養護老人ホーム、地域密着型通所介護、特別支援学校など） 具体的業務の内容：障がいを持った方の入浴や排せつ、食事の介護等の生活サポート等				
		～ 年 月 年 月	年 月	相談支援・直接支援
事業名：できるだけ、事業所の関係法令（障害者総合支援法、老人福祉法、介護保健法など）を御確認いただき、法令内で該当する事業名を記入してください。 不明な場合は、「障害福祉施設」「老人福祉施設」など、分かる範囲で記載してください。				
			年 月	相談支援・直接支援
具体の業務内容：記載省略せず、必ず記載してください。				

※ 実務経験の記入にあたり、必ず実施要領別添資料 1 及び申込書記載例を御確認ください。

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8年9月15日(金)郵送必着。郵送(110円切手添付の返信用長3封筒同封)のこと。