

入力時の諸注意

(R6 第 1 回基礎研修)

※重要※

東京都内の指定障害福祉サービス事業所においてサビ管・児発管として従事される方が本研修対象者です。

(サビ管・児発管は 基礎研修修了⇒2 年以上の OJT 期間⇒実践研修修了後に配置可能です。)

本申し込み内容を基に選考を行います。必要事項を漏れないように、可能な限り具体的にご入力ください。

第1回基礎研修

連絡用メールアドレス

XXXX@XXXX.XXX


※入力フォーム中の「サビ管」はサービス管理責任者の略称、「児発管」は児童発達支援管理責任者の略称です。
※本申し込み内容を基に選考を行います。必要事項を漏れないように、かつ、可能な限り具体的にご入力ください。
※選考に必要な項目に入力漏れ等の不備がある場合には、選考対象とならない場合がありますので、ご注意ください。

※【免除希望の方のみ】相談支援従事者初任者研修の修了証書もしくは受講証明書を添付してください。

※ファイル名の指定はありません。

※国家資格等における資格証明書や実務経験証明書の添付は必要ありません。

免除について

※詳しくは  別紙1 「入力時の諸注意」を参照してください

相談支援従事者初任者研修(全日程又は2日課程又は講義部分)を受講済みであり、1、2日目の受講免除を希望する

※希望する場合は にチェックをし、必ず修了証書(全日程)又は受講証明書(2日課程又は講義部分)の写しを添付

添付書類

※上記免除について、チェックが入る (1、2日目の受講免除を希望する) 方のみ

修了証書：
または受講証明書

福祉千代子 (相談支援従事者初任研受講証明書) .pdf

※1、2日目の受講免除を希望の方は必ず修了証書(全日程)又は受講証明書(2日課程又は講義部分)を添付
※添付可能なファイルの拡張子は以下の通りです：.jpg、.jpeg、.png、.pdf

必ず代表者確認のチェックを入れてください。

推薦法人/事業所について

表記研修の受講者として、次のものを受講させたいので推薦します。

なお、下記申込内容について相違のないことを証明します。

受講決定した際には受講者が研修に専念できる環境の確保及び配慮を約束します。

代表者確認

法人名等・事業所名称は、スペースを入れずに入力してください。
(英数字も同様)
(例) NG: 公益財団法人 総合健康推進財団 / Health Promotion
OK: 公益財団法人総合健康推進財団 / HealthPromotion

《注意》

サビ管・児発管として配置するためには、本研修の修了に加えて実践研修の修了及び実務経験を満たすことが必要です。

代表者職氏名: 所長 財団太郎
※事業所代表者でも可

法人名等: 公益財団法人総合健康推進財
※スペースを入れない
※未定の場合は、未定と入力

事業所名称: 関東支部
※スペースを入れない
※未定の場合は、未定と入力

事業所郵便番号: 101 - 0047

事業所所在地: 東京都千代田区内神田2-7-6 ゆまにビルディング4階
※未定の場合は、未定と入力

事業所所在地は東京都から入力してください。
文字は全角、英数字は半角で入力してください。

事業所電話番号: 03 - 6262 - 7131 日中連絡がとれる: 03 - 6262 - 9880
電話番号

問合せ担当者名: 氏 健康 名 一朗

受講希望者の従事事業所(所属法人を含む)における研修協力者(東京都の実施するサービス管理責任者等研修演習指導者として従事している者)の有無:

有り 無し

研修協力者: 氏 総合 名 瞳
について

所属法人名 公益財団法人総合健康

事業所名 関東支部

※事業所名が無い場合には「無し」と入力

研修協力者は、過去に演習指導者として従事していた方(同法人内に限る)でも問題ありません。
研修協力者が複数名いる場合は、どなたかお一人分の入力で構いません。

今回の申込に係る状況

申込み状況：今回の申し込みに係る状況について、下記当てはまるものを1つ選択してください。

新規

1. 東京都内で新たに事業開始の予定であり、今回の受講希望者が実践研修を受講した後に、サビ管・児発管として配置する予定

増員

2. 指定要件上サビ管・児発管の配置人数が不足するため、サビ管・児発管として増員配置する予定

交代

3. 現在のサビ管・児発管の退職・人事異動等を見込み、配置する予定

事業者指定所管：
への相談状況

上記「申込み状況」で1を選択した方のみ回答してください。

相談済み 今後相談予定 未定

相談・相談予定年月 令和 年 月

相談の定義：電話や、会場やオンデマンドによる集合型説明会ではなく、**来所による個別相談**のことです。

新規・増員・交代の時期
：全員回答してください

令和 年 月

※可能な限り具体的な年月を選択
※本研修修了時点から2年以上経過した年月を選択

サビ管・児発管として配置するためには、本研修（基礎研修）の修了に加えて**実践研修の修了及び実務経験を満たすことが必要**です。
必ずご確認ください。

時期は、**基礎研修修了後 OJT 期間（原則 2 年間）を経た年月**からになります。

サビ管・児発管として従事する事業所の状況について

※事業開始前(新設事業所)の場合は、開始予定の事業所について入力

新設事業所 (指定前)

新設事業所の場合：令和 年 月 日
事業開始予定時期

新設事業所(指定前)の場合、チェックを入れて事業開始予定時期をできるだけ具体的に入力してください。(未定の方はプルダウンから「未定」を選択してください)

事業所名称：

※新設事業所は、仮称あるいは未定と入力
※法人名の入力は不要
※スペースを入れない

東京都以外**の**事業所は**対象外**です。

所在地： 東京23区 23区以外の市町村 未定 (東京都内)

区市町村：

【新設事業所以外の方】
事業所指定番号は、10桁のものです。
多機能型の場合は、最初に指定されたものを記載してください。
※実在しない番号の入力が散見されます。適正な番号、指定年月日を入力してください。

事業所指定番号：

※事業者指定の状況入力については別紙1「入力時の諸注意」を参照

指定年月日：

定員：

※未定の場合は、999と入力

実施サービス名： 療養介護 生活介護 施設入所支援 自立訓練(機能訓練)
 共同生活援助 自立生活援助 自立訓練(生活訓練)
 就労移行支援 就労継続支援A型 就労継続支援B型
 就労定着支援

多機能型の場合は、受講者がサビ管・児発管として従事する予定の事業にチェックを入れてください。法人単位ではなく、事業所単位でチェックを入れてください。※お申込みの際、児発管を選択された場合は児童を対象とした実施サービス名が表示されます。

※従事予定事業所が実施(予定含む)するサービス名をチェック回してください

従事予定事業所から申込み人数：

※今後、サビ管、児発管として従事される同事業所からお申込される人数を入力してください

従事予定事業所内の有資格者(サビ管、児発管)数：

※今回の受講希望者を除く
※0名の場合は0名と入力

基礎研修修了者数(実践研修を今後受講予定)：

※今後、サビ管、児発管として従事される同事業所内における基礎研修の修了者数を入力してください

厚生労働省が定める人員配置の基準上、必要な有資格者数：

※今後、サビ管、児発管として従事される同事業所において、基準上、必要な有資格者の人数を入力してください

※お申込みの際、児発管を選択された場合は、こども家庭庁が定める人員配置の基準上、必要な有資格者数を入力してください。

受講希望者の状況について

受講希望者氏名：氏 名

ふりがな：氏 名

生年月日：

優先順位：従事予定事業所申込人数 2 名中 番目 ※1名の場合、1名中1番目と入力
※同一の従事予定事業所から複数人数申し込む場合の優先順位を入力

現在所属の法人名称：
※スペースを入れない

現在所属の事業所名称：
※スペースを入れない

氏名・生年月日は修了証書に印字されますので、お間違いのないようご注意ください。

従事予定事業所内での申込人数の優先順位を入力

例：同法人内の 2 事業所から 3 名のお申し込みがある場合

	現在の従事先	サビ管等として配置予定先	優先順位
松さん	A 事業所	A 事業所	1 番目
竹さん	A 事業所	B 事業所	1 番目
梅さん	B 事業所	B 事業所	2 番目

あくまで、**従事予定先の事業所内での優先順位を入力**します。上記のように複数事業所から複数名のお申し込みがある場合は、入力内容のお間違いがないように、**同一の問合せ担当者による入力を推奨**します。受講決定を行う際の重要な情報となりますので、優先順位が重複しないよう、お間違いなく申し込んでください。

実務経験について

※実務経験については [別紙2 \(サビ管用\)](#) 又は [別紙3 \(児発管用\)](#) を参照の上、入力

実務経験要件の種別：
(本研修の受講に必要な実務経験年数)

従事年数 相談支援業務： 年 ヶ月

従事年数 直接支援業務： 年 ヶ月

所持資格 (社会福祉主事任用資格等)：
※プルダウンで表示されるもの以外は対象外

所持資格 (国家資格等)：
※プルダウンで表示されるもの以外は対象外

研修受講にあたって配慮すべき事項：車いす利用 手話通訳 点字資料
要約筆記 その他
その他

実務経験要件の種別は、**実施案内 3 ページ<実務経験年数>**をご確認ください。

従事年数は**令和 6 年 7 月末時点**での暫定で入力してください。

主たる実務経験分野：障害福祉サービス等


その他

※内容を入力 (例：特別支援学校教員)

演習でのグループ編成の参考にします。

参加日程

参加できる演習日程：A B C D E F G H I J
K L

※日程詳細については  実施案内 を参照
※参加可能な日程全てにチェック☑

参加日程は、[実施案内 2 ページ<演習日程・会場>](#)をご確認いただき、参加可能な日程全てをチェックしてください。（定員の都合上、希望の日程で受講できるとは限りません）

プライバシーポリシーの同意と送信

プライバシーポリシーに同意します。

送信

送信前に、入力内容を今一度ご確認ください。不備がある場合は送信できません。送信できない場合は、**赤枠の項目**を再度確認してください。**※注意※ 入力間違いがある場合は、手続きを踏んだうえで全て入力し直し（再申し込み）になります。くれぐれもお間違いのないように必ず確認してください。**

【送信後について】

申込み完了後は「申込み完了のお知らせ」メールが即時送信されますので、受講決定まで大切に保管してください。メールが届かない場合は、申込みが完了していない場合がありますのでご注意ください。
※メールが届かない場合、迷惑メールボックスに届いていることも稀にあります。

【注意！複数名お申込みの場合】

受講希望者 1 名につき、1 フォームずつお申し込みが必要となります。
1 名分ずつ、研修ページ最下部の「申込み」ボタンをクリックし、①登録メールアドレス、②受講区分を入力し、送信してください。折り返し、すぐにお送りする申込みフォームの URL にアクセスして必要事項を《1 名分ずつ》入力してください。
※問い合わせ担当者の方のメールアドレスを申込者分、複数回使用しても問題ありません。

【受講可否通知メールについて】

お申込みいただいた全員に、令和 6 年 7 月 3 日頃にお送りいたします。問い合わせ担当者宛にお送りしますので必ずご確認ください。