

入力時の諸注意
(R7 実践研修)

※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。

実践研修

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記載ください。
※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。

受講区分の選択

● サービス管理責任者

必ず代表者確認のチェックを入れてください。
※個人の参加ではなく、事業所を代表して参加していただく前提となります。

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。

代表者確認

代表者職氏名:

※事業所代表者でも可

法人名等:

※スペースを入れず
※未定の場合、

事業所名称:

※スペースを入れず
※未定の場合は、未定と入力

事業所郵便番号: -

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) ×: 財団法人 総合健康推進財団 / Health Promotion
○: 財団法人総合健康推進財団 / HealthPromotion

事業所所在地:

事業所電話番号: - -

日中連絡先電話番号: - -

問合せ担当者名: 氏 名

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。

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

研修協力者について：氏 名

所属法人名

事業所名

※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 ※番号の選択がない場合や、時期が空欄の場合は未定として取り扱います

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。

※詳しくは [別紙1](#) 「入力時の諸注意」を参照してください

- 1.不在
サビ管が不在（減算中）であり、今回の受講希望者を研修修了後直ちに配置（予定）。または、やむを得ない措置としてみなし配置をされている場合。
- 2.新規
東京都内で新たに事業開始の予定であり、今回の受講希望者をサビ管として配置する（予定）。
- 3.定員増
利用者定員増加に伴い、指定要件上のサビ管配置人数が不足（予定）する為、今回の受講希望者をサビ管として増員配置等する（予定）。
- 4.交代
現在のサビ管の退職・人事異動等により今回の受講希望者に交代する（予定）。
- 5.増員
指定要件上のサビ管配置人数は不足していないが、支援の質の向上やサビ管の負担軽減のために、今回の受講希望者をサビ管として増員配置する（予定）。

新規・定員増・交代・増員の時期：令和 年 月

※可能な限り具体的な年月を選択
※本研修修了（令和8年3月）以降を選択

「1.不在」以外を選択した場合、具体的な年月をご入力ください。
※未定の場合は「未定」を選択

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

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

事業所名をご入力ください。
※まだ配置先が確定していない場合でも、
暫定の事業所名を入れてください。

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：（区分を選択後、こちらから所在地をお選びください）

東京都**以外**の事業所は**対象外**です。

事業所指定番号：**13** 先頭の13を除いた8桁を入力してください

※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：年 / 月 / 日

【新設事業所以外の方】

事業所指定番号は、13から始まる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。

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

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

※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☑してください

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：
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
※0名の場合は0名

※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 ひらがなで入力 名 ひらがなで入力
生年月日：年 / 月 / 日

優先順位：従事予定事業所申込人数 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。

※氏名に英字が含まれている方は
カタカナでの印字となります。

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、配置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
ないように、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

サビ管・児発管として配置するために：
必要な実務経験要件の種別 選択してください

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）：
 選択してください
※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）：
 選択してください
※プルダウンで表示されるもの以外は対象外

実務経験要件の種別は、

②実務経験要件（サビ管）、③実務経験要件（児発管）をご確認ください。
従事年数は実践研修開始日（令和 7 年 12 月 18 日）前までの想定でご入
力ください。

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

演習でのグループ編成の参考にします。

主たる実務経験分野：障害福祉サービス等

選択してください

その他

※内容を入力（例：特別支援学校教員）

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）

参加日程

参加できる：A B C D E F G H I
演習日程 K L M N

※参加可能な日程全てにチェックを入れてください。
※詳しい日程は **実施案内**「P.3」をご確認ください。

基礎研修修了後、実践研修開始日前の相談支援又は直接支援業務の経験の確認

※受講にかかる重要な項目ですので、くれぐれもお間違いのないようにお願いします

- (1) 令和元年度以降に基礎研修を修了している
- (2) 平成30年度までにサービス管理責任者研修（分野別）または児童発達支援管理責任者研修+相談支援 従事者初任者研修（2日課程）を修了済みで、令和5年度（令和6年3月31日）までに更新研修が未修了
- (3) 令和元年度に1回目の更新研修を修了したが、令和6年度（令和7年3月31日）までに2回目の更新研修が未修了

(1)～(3) から該当する項目にチェックを入れ、下記に必要なファイルをアップロードしてください。

【一例】上記で(1)の【6ヵ月以上(例外的)】を選択した場合

基礎研修修了後、実践研修開始日前の相談支援又は直接支援業務の経験の確認

※受講にかかる重要な項目ですので、くれぐれもお間違いのないようお願いします。

- (1) 令和元年度以降に基礎研修を修了している

基礎研修修了後、実践研修開始日(令和7年12月18日)前までに

○2年以上

- 6ヵ月以上(例外的)

※下記添付書類の3項目目、届出書(届出様式その1)にデータを添付してください

※届出書に受付印(届出様式その1)の無いものは無効です。必ず事前にご確認ください

の相談支援又は直接支援業務の経験があります。

上記で6ヶ月以上(例外的)のチェックを入れた方は、その間に実施したOJTの内容が下記項目を満たすこと確認し、「上記を実施した」と回答する必要があります。

添付書類

相談支援従事者初任者研修 受講証明書 :

ファイルを選択 選択されていません

※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

サービス管理責任者基礎研修及び

児童発達支援管理責任者基礎研修

またはサービス管理責任者研修(分野別)、

児童発達支援管理責任者研修の修了証書

ファイルを選択 選択されていません

※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

受講にかかる個別支援計画(原案) :
作成業務に関する届出書(届出様式その1)

ファイルを選択 選択されていません

※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

※受付印の無いものは無効です

令和元年度サービス管理責任者更新研修及び
児童発達支援管理責任者更新研修の修了証書

ファイルを選択 選択されていません

※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

「届出様式その1」は指定権者の受付印が押印されたものを添付してください。
※受付印が押印されていないデータは無効となりますのでご注意ください。

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。くれぐれも入力間違いのないよう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があります。

【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 7 年 11 月 27 日（木）頃にお送りします。問合わせ担当者宛にお送りしますので必ず内容をご確認ください。