

## 入力時の諸注意

### (R5 更新研修)

## 更新研修

### 連絡用メールアドレス

XXXX@XXXX.XXX

※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。

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。

※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。

※入力については [別紙1](#) 「入力時の諸注意」を参照

## 受講区分の選択

初めての更新研修（令和3・4年度実践研修修了者）

初めての更新研修（上記以外の方）

2回目の更新研修

※今回初めての更新研修で、平成31年度以前にサビ管、児発管になられた方は  
「初めての更新研修（上記以外の方）」にチェックをいれてください

## 添付書類

※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

① 相談支援従事者初任者研修（2日課程含む）受講証明書 ※平成31年度より以前のもの

ファイルを選択 財団花子（相談支援従事者初任研受講証明書）.pdf

② サービス管理責任者、児童発達支援管理責任者研修 修了証書 ※平成31年度より以前のもの

ファイルを選択 財団花子（サービス管理責任者研修修了証書：第4分野）.pdf

③ サービス管理責任者、児童発達支援管理責任者 更新研修 修了証書 ※令和元年度以降のもの

ファイルを選択 選択されていません

④ サービス管理責任者、児童発達支援管理責任者 令和3・4年度実践研修 修了証書

ファイルを選択 選択されていません

選択した受講区分によって添付書類が異なります。  
必要な書類を必ず添付してください。

※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。

※間違った書類を添付すると、受講できない可能性があります。くれぐれもご注意ください。

【ご注意ください！】本研修は、法人又は事業所の代表者による推薦と承認が必須です。後から承認を得られていないことが発覚した場合、お申込み自体が取り消されることがあります。

## 推薦法人／事業所について

代表者確認

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。

代表者職氏名： 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

※新規開設等で未定の場合でも、可能な限り具体的に入力（東京都以外は対象外）

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 財団 名 次郎

研修に関する事務局からの連絡及び確認については、問い合わせ担当者を介して行います。なお、問い合わせ担当者と受講希望者が同一人物でも問題ありません。

## 今回の申込に係る状況

サビ管・児発管：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選択してください。

としての従事状況 ※詳しくは **別紙1**「入力時の諸注意」を参照してください

- 1. サビ管、児発管として現に従事している。
- 2. 現在はサビ管、児発管として従事していないが、本研修修了後、サビ管、児発管として事業所に従事する予定がある。 ※2.を選択された方は、配置時期を入力してください。
- 3. すぐにサビ管、児発管として配置される予定はないが、配置・交代が必要になった場合に備え、配置できる者を確保しておく。

配置時期：   時期未定

※未定の方は「時期未定」にチェックを入れてください

受講区分が「初めての更新研修の方（令和3・4年度に実践研修を修了された方）」、「2回目の更新研修」の方は、1.2.3.の選択肢に付随する設問にも回答してください。

- 1. サビ管、児発管として現に従事している。
  - 現にサービス管理責任者、管理者、相談支援専門員として従事している。
  - 現に児童発達支援管理責任者、管理者、相談支援専門員として従事している。
- 2. 現在はサビ管、児発管として従事していないが、本研修修了後、サビ管、児発管として事業所に従事する予定がある。 ※2.を選択された方は、配置時期を入力してください。
  - ※過去5年間（平成30年9月12日～令和5年9月11日）に通算して2年以上の
  - サービス管理責任者、管理者、相談支援専門員としての実務経験がある。
  - 児童発達支援管理責任者、管理者、相談支援専門員としての実務経験がある。
- 3. すぐにサビ管、児発管として配置される予定はないが、配置・交代が必要になった場合に備え、配置できる者を確保しておく。
  - ※過去5年間（平成30年9月12日～令和5年9月11日）に通算して2年以上の
  - サービス管理責任者、管理者、相談支援専門員としての実務経験がある。
  - 児童発達支援管理責任者、管理者、相談支援専門員としての実務経験がある。

※上記、「サビ管・児発管としての従事状況」で1.2.3.のどれか一つを選択した後、真下に**朱色の枠の選択肢**が表示された方は、該当するものを選んでください。なお、どれにも該当しない場合は受講対象とはなりません。

## 研修修了後、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

事業所名称：

※従事予定事業所が「未定」の方は未定と入力、「新設事業所」の方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

所在地： 東京23区     23区以外の市町村     未定 (東京都内)

東京都以外の事業所は対象外です。

区市町村：

事業所指定番号：    指定年月日：

※未定の場合は999999999と入力 (この欄は未定と判断されます)

定員：

※未定の場合は、999と入力

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

※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

多機能型の場合は、受講者がサビ管・児発管として従事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。(複数選択可能)

従事予定事業所から申込む人数：

法人単位ではなく、従事予定事業所から申し込む人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

氏名・生年月日は修了証書に印字されますので、間違いのないよう特に注意してください。

## 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

従事予定事業所から申し込む人数です。現在の事業所から申し込む人数ではありません。正しく優先順位を付けてください。

今年度は、オンライン型と会場型の二部構成で実施します。会場型を踏まえた配慮が必要な方は選択してください。

## 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  M  N

※参加可能な日程全てにチェックを入れてください。

※日程詳細については [実施案内](#) を参照

参加日程は、別途「[実施案内](#)」の演習日程をご確認いただき、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。  
**赤枠の項目**を再度確認してください。

### 【送信後について】

申込み完了後は「申込み完了のお知らせ」メールがすぐに届きますので、大切に保管ください。

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】

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。

### 【入力の仕方が分からないとき】

「入力時の諸注意（本冊子）」を読んでもわからない場合は、下記連絡先までご連絡ください。

問合せ先：公益財団法人総合健康推進財団 関東支部

東京都サービス管理責任者等研修事務局 TEL：03-6262-9880 （連絡可能時間：平日 9:00～17:00 まで）