

入力時の諸注意  
(R5 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・児発管は本研修(実践研修)修了後に配置可能です。)  
申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。

事前にご登録されたメールアドレスをご確認ください

受講区分の選択

● サービス管理責任者

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: 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: 関東第一支部

※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: 123 - 4567

事業所所在地: 東京都千代田区内神田2丁目7-6 ゆまにビル4階

事業所電話番号: 03 - 6262 - 9880

日中連絡がとれる電話番号: 03 - 6262 - 9880

問合せ担当者名: 氏 財団 名 花子

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

## 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「入力時の諸注意」を参照してください

- 1. 経過措置配置もしくはサビ管・児発管の不在  
今回の受講希望者を経過措置により現在サビ管・児発管として配置しており、経過措置期間終了後も配置予定。  
または、サビ管・児発管が不在（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
- 2. 事業開始の予定  
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・児発管として配置する予定  
事業開始予定時期： 令和  年  月  日
- 3. 利用者定員増による指定要件上のサビ管・児発管の配置人数が不足  
利用者定員増加に伴い、指定要件上のサビ管・児発管配置人数が不足するため、今回の受講希望者を、サビ管・児発管として増員配置する予定
- 4. サビ管・児発管の退職・人事異動等により交代  
現在のサビ管・児発管の退職・人事異動等により今回の受講希望者に交代する予定
- 5. 支援の質の向上やサビ管・児発管の負担軽減のために増員配置  
指定要件上のサビ管・児発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・児発管の負担軽減のために、今回の受講希望者をサビ管・児発管として増員配置する予定

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6年3月）以降を選択

「2」を選択した方は、事業開始予定時期を、「3」～「5」を選択した方は、下の「定員増・交代・増員の時期」に具体的な年月を入力してください。

※未定の場合は、「未定」を選んでください。  
※定員増・交代・増員の時期は必ず本研修修了（令和6年3月）以降を選んでください。

## 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

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

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：

事業所指定番号：  
※事業者指定の状況入力については「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  
※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む人数：  
※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

東京都以外の事業所は対象外です。

【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。

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所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

## 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

生年月日の入力ミスが多発しております。修了証書に印字する重要な情報ですので、お間違いのないようお願いいたします。

選考基準になる項目です。優先順位が他の申込者と重複しないようご注意ください。

## 実務経験について

※実務経験については又はを参照の上、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

1. 相談支援業務【5年以上】

従事年数 相談支援業務： 0 年 0 ヶ月

従事年数 直接支援業務： 10 年 0 ヶ月

所持資格（社会福祉主事任用資格等）： 社会福祉主事任用資格を有する者

※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）： 社会福祉士

※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

主たる実務経験分野： 障害福祉サービス等

就労移行支援、就労定着支援

その他

※内容を入力（例：特別支援学校教員）

## 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  O

実施案内をご確認いただき、参加可能な日程全てにチェックを入れてください。※複数選択可

## 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

2年以上

6ヶ月以上（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

※相談支援従事者初任者研修の受講証明書（講義部分）と、サービス管理責任者基礎研修または児童発達支援管理責任者基礎研修の修了証書を添付してください。  
※ファイル名の指定はありません。  
※他資格証明書は添付の必要ありません。

## 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 または：  
児童発達支援管理責任者基礎研修 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

上記の実務経験の確認で「6ヶ月以上（例外的）」を選択した方は、受付印の押された届出書のデータを添付してください。  
※受付印が押されていないものは無効となります。

## 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