

※サービス管理責任者 更新研修(旧体系修了者用)の様式です。サービス管理責任者 更新研修(旧体系以外)及び児童発達支援管理責任者 更新研修の申込みには使用できませんので、御注意ください。

記入日 令和 年 月 日

ふりがな	
受講希望者氏名 ※自筆で記入	印

確認事項

①研修の修了状況

平成30年度までに修了したサービス管理責任者研修についての確認

修了分野 ※該当するもの全てに ○を付けてください		介護		地域生活 (身体)		就労		地域生活 (知的・精神)
添付書類	修了証書の写し		※上の欄で○を付けた全ての分野について提出					

②受講対象者の状況

以下の(1)～(3)の該当するものに○を付け、必要事項を記入してください。

(1)	申込時点で、サービス管理責任者の配置が必要な障害者総合支援法に基づく指定障害福祉サービス事業所に所属しており、サービス管理責任者として従事している者 又は 従事しようとする者。
(2)	申込時点で、サービス管理責任者の配置が不要な障害者総合支援法に基づく指定障害福祉サービス事業所又は指定障害福祉サービス事業所以外の事業所等に所属しているが、今後サービス管理責任者として従事しようとする者。

【事業所証明欄】

法人等の名称 _____

事業所等の名称 _____

〒 _____

事業所等所在地 _____

障害福祉サービス事業所の種別 _____

※サービス名等 _____

事業所等電話番号 _____

※【事業所種別】のシートから該当するものを選択。
(2)の方は「②その他」を選択し、下欄に具体的なサービス名等を記入してください。

※事業所の種別で「②その他」を選択した場合のみ記入

上記事業所に、受講希望者が所属していることを証明する。

法人・事業所代表者 職名 _____

氏名 _____

法人・事業所印

添付書類	全員	直近で修了した実践研修、更新研修または旧体系研修の修了書の写し	平成18年度から平成30年度までに修了したサービス責任者等研修または児童発達支援管理責任者の分野別の修了書の写し。または、令和元年度から令和4年度までに修了した実践研修または更新研修の修了書の写し。※他都道府県で交付されたものでも構いません。
	該当者のみ	届け先記載済のレターパック1通	修了証を原本で発行希望者のみ。※正しく記載されていない場合は、発送が遅れる場合がございます。
		住民票抄本(原本)	いずれの事業所にも所属していない場合、住所地証明として必要です。
		戸籍抄本(原本)	※婚姻等により、受講申込書、実務経験証明書、基礎研修修了証書等と名前が異なる場合、確認用として添付が必要です。
		採用内定通知書等の写し(任意様式)	※推薦を受ける事業所に申込時点では所属していないが、既に採用が決定している方のみ必要です。代表者職・氏名、事業所印、内定者名、雇用開始日、従事内容等が記載されているものを提出してください。

③サービス管理責任者としての従事状況の確認

※該当する方に○を付けてください。	<input type="checkbox"/>	申込時点でサービス管理責任者として 従事している。
	<input type="checkbox"/>	申込時点でサービス管理責任者として 従事していない。