

北海道サービス管理責任者基礎研修及び北海道児童発達支援管理責任者基礎研修  
申込フォーム記載内容と注意事項

★は必須事項です。入力、記載がない場合には申し込みができません。

(1) ★研修種別

希望する研修種別を選択してください。

(2) 受講者情報

★氏名（ふりがな） 現職名 ★生年月日 ★性別

(3) 所属情報

法人名、事業所名、★住所、電話番号、FAX 番号  
受講申し込み者の現在の所属についてお書きください。

(4) 受講可否通知の宛先 ※(3)と異なる場合のみ

住所、電話番号、FAX 番号

※事業所開設予定のため所在地が確定しない等の場合に、郵便物の受取が可能な宛先（受講申込者の自宅住所等）を記載します。

(5) サービス管理責任者又は児童発達支援管理責任者として配置する事業所の状況

★設置状況、法人名、事業所、事業所番号、住所、サービス種別

(3)の現在の所属と混同されるケースが見られますが、受講を申し込みする人が受講後に配置される予定の事業所を書きます。記載されたサービス種別が希望する研修種別と合致しない場合には受講決定できませんので、ご注意ください。

(6) 実務経験

平成 31 年 4 月から実務経験の要件が変更となっています（別紙 3, 4）。平成 29 年 4 月から児童発達支援管理責任者については老人福祉施設等のみの実務経験では配置できなくなりましたので、ご注意ください。別紙 3, 4 をよく参照の上、該当する実務経験を選択し、従事した年月数を正確に記入してください。児童発達支援管理責任者については実務経験に対して老人福祉施設等を除いた期間をご確認のうえ、記入をお願いします。

**※児童発達支援管理責任者の実務経験（特に「うち」以降の記載）の記載漏れが目立っています。⑤⑥⑦⑧に記載した経験年数のうち、老人福祉施設等での経験年数を除いた期間を記載ください。記載のない場合は実務経験が確認できないため、選考の際に優先順位が下がります。**

例 1) 保育士資格があり、保育所（Ⅱ-①）で 2 年働いたのち、仕事をやめ、7 年間のブランクの後、子育て支援センター（子育て短期支援事業所（Ⅱ-②））で週 5 日のパートで 3 年働き、放課後等デイサービス（障害児通所支援事業（Ⅱ-②））で正職員として働き始めて 1 年 5 カ月が経っている。

→⑥の実務経験に該当 2 年+3 年+1 年 5 カ月=6 年 5 カ月

うちⅢを除く期間は 6 年 5 カ月-（除く期間はなし）=6 年 5 カ月

例 2) 資格は持っておらず、知的障害者の入所施設（障害児入所施設（Ⅳ-Ⅱ-①））で 2 年半、特別養護老人ホーム（老人福祉施設（Ⅴ））で 5 年、放課後等デイサービス（障害児通所支援事業所（Ⅳ-Ⅱ-②））で働き 3 年 8 カ月が経つ。

→⑦の実務経験に該当 2 年 6 か月+5 年+3 年 8 カ月=11 年 2 カ月

うちⅤを除く期間は 11 年 2 カ月-5 年=6 年 2 カ月

例 3) 社会福祉士の資格があり、老健施設（介護老人保健施設（Ⅲ））で相談員として 4 年働き、地域包括支援センター（Ⅲ）で相談員として 2 年働き、放課後等デイサービス（障害児通所支援事業（Ⅱ-②））の児童指導員に転職して、3 年 4 ヶ月が経つ。

→⑧の実務経験に該当 4 年+2 年+3 年 4 カ月=9 年 4 カ月（国家資格活用は 6 年）

うちⅢ、Ⅴを除く期間は 9 年 4 カ月-4 年-2 年=3 年 4 カ月

実務経験を満たしていることは配置の要件ではありますが、本研修の受講要件ではありませんので、申込時に実務経験を証明する者の提出は不要です。また、要件についての問い合わせは募集要領の3ページに掲載した行政の各担当となります。当法人に問合せをされてもお答えできませんので、ご注意ください。

なお、研修申込の際の実務経験の内容や期間は受講希望者多数の場合の選考の優先順位の参考とさせていただきます。

**(7) 受講に対する必要な配慮**

希望される内容がある方はご記入ください。申し込み後に詳細について直接確認をとらせていただくことがあります。また、ご希望に十分対応できない場合もありますので、ご了承ください。

**(8) 相談支援従事者研修等の受講（修了）歴**

別紙6の通り、サービス管理責任者及び児童発達支援管理責任者に従事するためには本研修の他に「平成18年障害者ケアマネジメント従事者研修」または平成19年以降の「相談支援従事者研修」基礎研修の前期講義2日・または同研修の「サービス管理責任者/児童発達支援管理責任者向け研修」または同研修「補完研修」の受講が必要となるため、確認をする項目です。申込者の修了の有無を入力ください。

**(9) 配置が必要な事業所の状況★**

本研修は毎回大変多くの受講希望があります。選考にあたっては当該事業所における配置の必要性、緊急性またはその他の事情を考慮しています。必要な状況について正しく記入ください。よって、同じ事業所から複数の受講決定ができる状況ではありませんので、基本的には各事業所1名（2名以上の配置が必要な事業所においてはその必要数を上限）の申し込みをお願いします。また、「3. 配置に必要な具体的な理由」も必ずお書きください。

「4. 同一事業所から複数申し込みする場合の優先順位」は、申込多数の場合、同一事業所からの受講人数を調整しますので、事業所内の優先順位を入力してください。

**(10) 所属長の推薦★**

本研修は原則として個人からの申し込みを受け付けておりません。事業所を運営する法人の責任者からの依頼としての申し込みとなりますので、必ず、所属長の推薦を確認してください。

**(11) 送信内容のチェック★**

送信内容をもう一度見直してください。必須事項の記載がない場合、送信できません。また、送信が完了すると記載のメールアドレスに通知が届きますので、確認してください。申し込み内容の確認のため、送信前に画面をプリントアウトして保管することをお勧めします。

**※提出いただく申込み内容に虚偽の内容が発覚した場合は、受講決定した場合においても、受講の受付及び受講決定を取り消す場合がありますのでご留意願います。**

※記載いただいた個人情報、研修事業所指定先である北海道と共有のうえ、本研修の申込み事務、受講者の選定のため利用します。それ以外の目的で本人の了承なく個人情報を利用及び第三者に開示することはありません。また、この申込みにより、これらの目的のための個人情報の利用について申込者から合意があったものとみなします。なお、受講決定者に関しては受講者名簿として活用する予定です。詳しくは受講決定通知送付の際にお知らせします。