

令和8年度 佐賀県サービス管理責任者・児童発達支援管理責任者
実践研修 受講申込書(前期)

令和 年 月 日

※枠内にははっきり見えるようにご記入下さい。□枠内は、該当の項目にレ印をつけてください。

○事業所等からの所属証明及び推薦(必須)(法人印・事業所印でおねがいします。個人の私印は認められません)

・実施要項(佐賀県社会福祉士会実施分)を確認し承諾の上、下の申込者が当事業所に所属することを証明するとともに研修受講について推薦します。

施設又は事業所 所在地及び名称	所在地: 名称:	申込担当者 氏名	
代表者氏名	役職	氏名	職印
		電話番号	
○申込者(太枠内の記載は必須です)			
ふりがな			
氏 名			
生年月日	□昭和 □平成 年 月 日		
事業所(送付先)	〒 - ※事業所名まで記載してください。		
電話番号・E-mail ※必須	電話番号: () E-mail:		
修了日 ※2添付必須	年 月 日	相談支援従事者初任者研修 講 義2日間部分	□修了証の写し添付有
	年 月 日	サービス管理責任者・児童発達支援管 理責任者 基礎研修	□修了証の写し添付有
実務経験歴 ※3(未記入受付不可) (記載した期間に応じた 実務経験証明書の写し 添付必須)	サービス管理責任者(児童発達支援管理責任者)と して従事している。		□ 従事している □ 1年以内に従事の予定がある
	実務経験期間 ※裏面確認	合計日数	業務内容(別添1, 2の実務経験内容を記載)
	年 月 日～ 年 月 日	日	□ 実務経験証明書の写し添付有(開始前2年 分) □ 佐賀県サービス管理責任者等【実践研修】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写し添付 (OJT短縮 の場合のみ) ※発行は佐賀県となりますので当会ではお答えでき ません。
合計	年 月 日		
修了証発行希望 (いずれか)※4	□サービス管理責任者		□児童発達支援管理責任者
質問事項	①個別支援計画原案を作成の経験		□経験あり □経験なし
	②サービス担当者会議や個別支援会議への参加の経験		□経験あり □経験なし
	③所属の組織が自立支援協議会に参加しているか		□参加あり □参加なし
受講者の 障害の有無	□無 ・ □有 ※有 の場合は障害の種類を記載、車椅子の使用等の配慮が必要な場合はご記入ください。		

申込受付期間:令和8年5月1日(金)～6月3日(水)まで【必着】

注意事項

裏面を必ずご確認ください。

- 事業所等名称:ここに記載された名称は、演習名簿・受付名簿等に記載されますのでご了承下さい。
- 修了証を必ず添付してください。
- 実務経験歴(実務経験証明証の写しを必ず添付ください。)

相談支援従事者初任者研修講義2日間部分とサービス管理責任者基礎研修の修了日以後、実践研修受講開始日前の5年間に通算2年以上、相談支援の業務もしくは直接支援の業務を行った場合受講可（詳細は別添1, 2の「サービス管理責任者・児童発達支援管理責任者 実践研修 受講の要件」を参照）

相談支援従事者初任者研修講義2日間部分とサービス管理責任者基礎研修の両方を修了した日からの実務経験を記載してください。それ以前の実務経験については含むことができません。

- ① 施設又は事業所名欄には、知的障害者更生施設等の種別も記入すること。
- ② 業務期間欄は、証明を受ける者が障害者に対する直接的な援助を行っていた期間を記入すること。（産休・育休・療養休暇や長期研修期間等は業務期間となりません）
- ③ 業務内容欄は、生活指導員、看護師等の職名を記入し、本来業務について、知的障害者更生事業における○○業務、○○実施要綱の○○事業の○○業務等具体的に記入すること。
また、療養病床の病棟等において介護業務を行った場合は明記し、当該病棟が療養病床として許可等を受けた年月日を記入すること。
- ④ 内容を訂正した場合は、推薦者の事業所印もしくは法人印を押印してください。なお、修正液による訂正は認められません。

4. 申請された内容で、修了証の発行と名簿管理を行います。（どちらか1つにチェックください）

申込書 郵送先(郵送または持参)※メール及びFAXは不可
〒849-0935 佐賀市八戸溝1丁目15番3号
公益社団法人 佐賀県社会福祉士会 サビ児管研修担当者宛