

令和7年度 佐賀県相談支援従事者初任者研修（サビ児管コース）
受講申込書（後期）

年 月 日

申込担当者・連絡先

※ □枠内は、該当の項目にレ印をつけてください。
※ 申込書で太枠内の記載漏れや著しい誤記のある場合は、申込を受付できない場合があります。

□事業所に所属の方 必須提出書類

- 1 申込様式1（受講申込書）
- 2 様式2（所属証明及び推薦書）

□個人受講の方 必須提出書類（※③については該当者のみ）

- 1 申込様式1（受講申込書）
- 2 参考様式4（実務経験証明書）の写しまたは、必要事項の記載があるものの写し
- 3 資格証の写し（サービス管理責任者・児童発達支援管理責任者の実務要件における有資格該当者）

写真をはる位置
（印刷でも可）

- 1. 縦36～40mm
横24～30mm
- 2. 本人単身
胸から上
- 3. 裏面のりづけ

ふりがな	
氏 名	
生年月日	☐ 昭和 ☐ 平成 年 月 日
事業所等 名称※ 1	
送付先 住所	※所属先に送付希望の場合は、住所の後に事業所名を記載ください。 (☐ 所属・ ☐ 自宅) 〒 -
Email※ 2	※オンライン研修受講者はZoomにて使用するメールアドレスを記載、Zipファイルの受け取るアドレスを準備し、アルファベット_（アンダーバー）、-（ハイフン）、の区別がわかるように記載してください。
当日連絡先 ※ 3	電話番号： () ※日中や当日に連絡のつく、電話番号を記載ください。
実務経験合計年数	☐ 相談支援業務で合計 () 年、 ☐ 直接支援業務で合計 () 年
資格※ 4	※サービス管理責任者・児童発達支援管理責任者の実務要件における有資格該当者のみ記載してください。
受講者の 障害の有無	※有 の場合は受講にあたって必要な配慮がある場合記載ください。 ☐ 無 ・ ☐ 有

申込受付期間：令和7年7月28日（月）～9月9日（火）まで【必着】

（ 裏面を必ず確認ください ）

申込書提出先
〒849-0935
佐賀県佐賀市八戸溝1丁目15番3号
公益社団法人 佐賀県社会福祉士会
サービス管理責任者等研修事業 担当者宛

申込に関する注意事項・説明事項

1. 事業所等名称：記載された受講者氏名と事業所名称は、演習名簿・受付名簿等に記載されます。
2. Email:研修の連絡等に使用する場合がありますので、必ずご記入ください。
3. 当日連絡先：研修当日の連絡や、研修に関する連絡に使用させていただきます。
4. 資格：以下の内容を参考に記載ください。

国家資格等とは、

医師、歯科医師、薬剤師、保健師、助産師、看護師、准看護師、理学療法士、作業療法士、社会福祉士、介護福祉士、視能訓練士、義肢装具士、歯科衛生士、言語聴覚士、あん摩マッサージ指圧師、はり師、きゅう師、柔道整復師、栄養士（管理栄養士を含む。）、精神保健福祉士のことを言う。

社会福祉主事任用資格等とは、次のいずれかに該当する者

- 1) 社会福祉主事任用資格を有する者（介護福祉士、精神保健福祉士、研修・講習受講者等）
- 2) 保育士
- 3) 児童指導員任用資格者
- 4) 訪問介護員（ホームヘルパー）2級以上（現：介護職員初任者研修）に相当する研修を修了した者

（問い合わせ先・申込書提出先）

〒849-0935 佐賀県佐賀市八戸溝1丁目15番3号
公益社団法人 佐賀県社会福祉士会
サービス管理責任者等研修事業 担当者 宛
TEL：0952-20-0012