

令和6年度 愛媛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

配置を予定している（修了証書の交付を希望している）職種に○を付けてください。

	サービス管理責任者		児童発達支援管理責任者	※どちらか一つもしくは両方に○を付けてください。
ふりがな		研修当日に連絡がつく電話番号※携帯電話等		生年月日
氏名				昭和 ・ 平成 年 月 日
基礎研修の修了年度	<input type="checkbox"/> サビ管基礎研修を令和 年 月 日に修了した <input type="checkbox"/> 児発管基礎研修を令和 年 月 日に修了した			

※修了証書の写しも一緒に提出してください

当てはまる方に☑を付けてください。

- 基礎研修開始時に、サービス管理責任者・児童発達支援管理責任者としての実務経験年数をすでに満たしていた
- 基礎研修開始時に、サービス管理責任者・児童発達支援管理責任者としての実務経験年数をまだ満たしていなかった

実務経験年数	上記の <u>基礎研修の修了日から</u> 令和6年7月1日までの間で、相談支援業務・直接支援業務としての実務経験年数は _____年 _____か月
--------	---

上記の期間の実務経験について下記に記入してください。

実務経験について	勤務期間	勤務年数	勤務先の事業所について		在職時の職種	業務内容 ※相談支援・直接支援のどちらかを記入
			名称	種別 ※障害・児童・高齢・その他の中から選択して記入		
	年 月から	年				
	年 月まで	か月				
	年 月から	年				
	年 月まで	か月				

現在の所属先について	法人名					
	事業所名					
	事業所所在地	〒	住所			
		TEL			FAX	

※基本的に受講決定通知書の郵送先は所属先になります。所属先への郵送を希望されない場合や、所属先のない方については、下記に郵送先住所を記載してください。本社や法人本部等の住所を記入される場合は会社名や法人名も忘れずにご記入ください。

所属先以外の郵送先住所	〒	住所			
-------------	---	----	--	--	--

備 考	※合理的配慮を希望される場合は、別紙申出書にご記入ください。その他、事務局へ伝えたいこと等ございましたらご記入ください。
-----	--

～記入上の注意点～

- * 修了証書交付の希望については、どちらか一つもしくは両方に○を付けてください。
- * ご自身の実務経験の詳細については、管轄の行政担当課へお問い合わせください。
 東予地方局 地域福祉課 ☎0897-56-1317
 中予地方局 地域福祉課 ☎089-909-8756 ※松山市の事業所については、松山市障がい福祉課
 南予地方局 地域福祉課 ☎0895-28-6106 ☎089-948-6936
サビ児管として配置が可能かどうかの実務経験の詳細については、指定権者である上記の行政担当課になりますが、研修の受講申込の可否については下記の愛媛県社会福祉士会事務局までお問い合わせください。
- * 氏名・所属先を記載した受講者名簿を作成し、受講者間の交流や情報交換を目的として共有する予定となっておりますので、ご承知おきください。ご都合が悪い場合は、備考欄にその旨ご記入ください。
- * 申込書は事務局まで郵送・メールにてご提出ください。FAXは不可。また、郵便事故等による申込書不達について、事務局では責任を負いかねます。届いたかどうかの確認のお電話にも対応しかねますので、できる限り「追跡システムを利用できるレターパックライト」等での郵送をお勧めいたします。
- * 万が一期日を過ぎても受講の可否を知らせる通知が届かない場合は、お手数ですが事務局までご照会ください。
- * お問い合わせについては出来る限りFAXかメールをご利用ください。

【申し込み・お問い合わせ先】

一般社団法人 愛媛県社会福祉士会 事務局
 〒790-0802 松山市喜与町二丁目5番地9 ピリカコスモス401号
 TEL089-948-8031 FAX089-948-8032
 メール eacsw@mbr.nifty.com