

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（実務経験について）

ふりがな	受講申込フォームを送信された日				
氏名	令和6年 月 日に送信済み				
基礎研修の修了年度	当てはまるものに☑を付け、日付も記入してください <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				
研修の希望日について	どちらかご希望の日程を選択し、☑を入れてください ※申込みの状況によって、ご希望に添えないこともございます <input type="checkbox"/> 12月4日（水）・5日（木） <input type="checkbox"/> 12月18日（水）・19日（木）				
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11月30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 ※基本的には2年以上必要です。 6か月のOJT期間で申込される場合は、別添「実務経験見込証明書（サービス管理責任者等実践研修を実務経験6か月で受講する場合）」の写しの提出が必要となります				
当てはまるものに☑を付けてください <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> 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 ※6か月のOJT期間で受講できるのは、「すでに満たしていた」方のみです					
実務経験について 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。					
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				
年 月から	年				
年 月まで	か月				
備考	※上記に記入しきれない場合は、こちらにご記入下さい				

～記入上の注意点～

* 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

南予地方局 地域福祉課 ☎0895-28-6106

※松山市の事業所については、松山市障がい福祉課

☎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。

※愛媛県外の方については上記のとおりではありません。それぞれの都道府県において6か月のOJT期間で実践研修を受講する場合に提出している書類を、同様にご提出ください。不足があればご連絡いたします。

【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