

令和7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**更新研修** 受講申込書

ふりがな				受講申込フォームを送信された日
氏 名				令和 年 月 日に送信済み ※送信後にこちらの受講申込書をご提出ください
直近で修了したサービス管理責任者・児童発達支援管理責任者の研修について ※該当するものへ○をつけてください。				
	令和 年度	サービス管理責任者 実践研修		※受講申込書提出時、左記の修了証書の 写しもご提出ください
	令和 年度	児童発達支援管理責任者 実践研修		
	令和 年度	サービス管理責任者 更新研修		
	令和 年度	児童発達支援管理責任者 更新研修		
現在の 勤務先	法人名	現在の役職・職名・担当業務		
	事業所名			
↑ 現在、勤務先がない方については空欄で構いません。				
今回の申し込みに 係る状況 ※該当するものに ○をつけてください	1. 現在、サービス管理責任者または児童発達支援管理責任者の業務に従事している			
	2. 今後、サービス管理責任者または児童発達支援管理責任者の業務に従事する予定がある			
	3. その他（具体的に⇒ ）			
【職務経験について】 ◆更新研修は、現在以下の業務に従事している方、又は、更新研修受講開始前の5年間のうち以下の業務を2年以上従事している方が対象です。受講対象者であることが分かるようにご記入ください。 サービス管理責任者・児童発達支援管理責任者・障害者総合支援法に基づく障害福祉サービス等事業所の管理者・児童福祉法に基づく障害児通所支援事業所又は障害児入所施設の管理者・相談支援専門員としての職務経験 【実践研修又は前回の更新研修受講後 ～ 令和8年1月23日時点】				
勤務先（事業所名）		役職・職名 ※該当するものに ○をつけてください	従事期間 ※実践研修又は前回の更新 研修受講後のものを記入	従事年数
		サビ管・児発管・管理者・ 相談支援専門員	年 月から 年 月まで	年 か月
		サビ管・児発管・管理者・ 相談支援専門員	年 月から 年 月まで	年 か月
備 考				

- ～記入上の注意点～
- * お電話が大変混み合いますので、お問い合わせについては出来る限りメールをご利用ください。
 - * 職務経験について、欄が不足する場合は、備考欄にご記入ください。
 - * 職務経験は、実践研修又は前回の更新研修受講後のものを記入してください。それ以前のものについては**記入不要**です。

【送付先】 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 5-9 ピリカコスモス 401 号 メール：eacsw@mbr.nifty.com