

別紙5 相談支援従事者研修（サービス管理責任者/児童発達支援管理責任者向け研修）
申込フォーム記載内容と注意事項

★は必須事項です。入力、記載がない場合には申し込みができません。

(1) 受講者情報

★氏名（ふりがな） 現職名 ★生年月日 性別 ★メールアドレス

《メールアドレスに関する注意事項》

本研修で使用するeラーニングシステム《etudes》では、受講者1人につき1つのメールアドレスが必要です。アドレスが重複した場合、受講者登録ができません。研修期間が重なっている場合は、CMネットが行う別研修の受講者と重複する場合も同様です。GoogleやYahoo等のフリーメールで構いませんので、**必ず1人1つのメールアドレスをご準備ください**。このアドレスはeラーニングの案内等にも使用しますので、入力間違いのないようお気を付けください。

(2) 所属情報

法人名、事業所名、郵便番号、★住所、電話番号、FAX番号
受講申し込み者の現在の所属についてお書きください。

(3) 受講可否通知の宛先 ※(2)と異なる場合のみ

郵便番号、住所、宛て先、電話番号、FAX番号

※事業所開設予定のため所在地が確定しない等の場合に、郵便物の受取が可能な宛先（受講申込者の自宅住所等）を記載します。

(4) サービス管理責任者又は児童発達支援管理責任者として配置する事業所の状況

★設置状況、法人名、事業所名、事業所番号、住所、サービス種別

(2)の現在の所属と混同されるケースが見られますが、受講を申し込みする人が受講後に配置される予定の事業所の状況について記入します。

(5) 実務経験

平成31年4月から実務経験の要件が変更となっています（別紙2,3）。平成29年4月から児童発達支援管理責任者については老人福祉施設等のみの実務経験では配置できなくなりましたので、ご注意ください。別紙2,3をよく参照の上、該当する実務経験を選択し、従事した年月数を正確に記入してください。児童発達支援管理責任者については実務経験に対して老人福祉施設等を除いた期間をご確認のうえ、記入をお願いします。

※児童発達支援管理責任者の実務経験（特に「うち」以降の記載）の記載漏れが目立っています。⑤⑥⑦⑧に記載した経験年数のうち、老人福祉施設等での経験年数を除いた期間を記載ください。記載のない場合は実務経験が確認できないため、選考の際に優先順位が下がります。

例1) 保育士資格があり、保育所(Ⅱ-①)で2年働いたのち、仕事をやめ、7年間のブランクの後、子育て支援センター(子育て短期支援事業所(Ⅱ-②))で週5日のパートで3年働き、放課後等デイサービス(障害児通所支援事業(Ⅱ-②))で正職員として働き始めて1年5カ月が経っている。

→⑥の実務経験に該当 2年+3年+1年5カ月=6年5カ月

うちⅢを除く期間は6年5カ月-(除く期間はなし)=6年5カ月

例2) 資格は持っておらず、知的障害者の入所施設(障害児入所施設(Ⅳ-Ⅱ-①))で2年半、特別養護老人ホーム(老人福祉施設(Ⅴ))で5年、放課後等デイサービス(障害児通所支援事業所(Ⅳ-Ⅱ-②))で働き3年8カ月が経つ。

→⑦の実務経験に該当 2年6カ月+5年+3年8カ月=11年2カ月

うちⅤを除く期間は11年2カ月-5年=6年2カ月

例3) 社会福祉士の資格があり、老健施設(介護老人保健施設(Ⅲ))で相談員として4年働き、地域包括支援センター(Ⅲ)で相談員として2年働き、放課後等デイサービス(障害児通所支援事業(Ⅱ-②))の児童指導員に転職して、3年4ヶ月が経つ。

→⑧の実務経験に該当 4年+2年+3年4カ月=9年4カ月(国家資格活用は6年)

うちⅢ、Ⅴを除く期間は9年4カ月-4年-2年=3年4カ月

実務経験を満たしていることは配置の要件ではありますが、申込時に実務経験証明書の提出

は不要です。また、要件についての問い合わせは募集要領の2～3ページに掲載した行政の各担当となります。当法人に問合せをされてもお答えできませんので、ご注意ください。
なお、研修申込の際の実務経験の内容や期間は受講希望者多数の場合の選考の優先順位の参考とします。

(6) 受講に対する必要な配慮

希望される内容がある方はご記入ください。申し込み後に詳細について直接確認をとらせていただくことがあります。また、ご希望に十分対応できない場合もありますので、ご了承ください。

(7) 受講の必要性等★

本研修は毎回大変多くの受講希望があります。選考にあたっては当該事業所における配置の必要性、緊急性またはその他の事情を考慮しています。必要な状況について正しく記入してください。よって、同じ事業所から複数の受講決定ができる状況ではありませんので、基本的には各事業所1名（2名以上の配置が必要な事業所においてはその必要数を上限）の申し込みをお願いします。また、受講が必要な特段の理由がある場合は、「2. 受講が必要な具体的な理由」にお書きください。

・「4. 過去に相談支援従事者研修を受講している場合」

募集要領7にあるとおり、同等の研修を受講済みの場合は本研修を受講する必要がありませんので、申込者の相談支援従事者研修の受講状況（修了証書に記載の研修名）を記入してください。

・「5. 同一事業所から複数申し込みする場合の優先順位」は、申込多数の場合、同一事業所からの受講人数を調整しますので、事業所内の優先順位を記入してください。

(8) 所属長の推薦

本研修は原則として個人からの申し込みを受け付けておりません。必ず、事業所を運営する法人の責任者からの依頼としての申し込みとなりますので、所属長の推薦を確認してください。

(9) 送信内容のチェック

もう一度、記入したすべての項目をチェックし、★の必須事項が書かれているか確認してから送信してください。必須事項の記載がない場合、緑色の画面で必須事項の記載漏れの表示が出て、送信完了になりませんので、ご注意ください。

また、申し込み完了の確認のため、送信前に入力画面をプリントアウトして保管することをお勧めします。

※提出いただく申込み内容に虚偽の内容が発覚した場合は、受講決定した場合においても、受講の受付及び受講決定を取り消す場合がありますのでご留意願います。

※記載いただいた個人情報、研修事業所指定先である北海道と共有のうえ、本研修の申込み事務、受講者の選定、研修の運営のため利用します。それ以外の目的で本人の了承なく個人情報を利用及び第三者に開示することはありません。また、この申込みにより、これらの目的のための個人情報の利用について申込者から合意があったものとみなします。