

**北海道サービス管理責任者更新研修及び北海道児童発達支援管理責任者更新研修
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込ができません。

項目	入力事項について
★研修種別	サービス管理責任者更新研修／児童発達支援管理責任者更新研修 ・希望する研修種別を選択してください。
★演習日程の希望	演習日程／どちらでもよい ・日程が複数ある場合は、希望する演習日程を選択してください。 ・申込状況により、必ずしも希望日程とならないことをご了承ください。
演習日程の希望理由	自由記載 ・選択した日程以外では受講できない場合はその理由を記載してください。 例) 既に事業所の行事（又は別の研修受講）が入っている 介護（又は育児）のため宿泊を伴う会場での受講が困難 等 ・理由に記載がない場合、申込状況等により日程を調整させていただきます。
受講者情報	★ふりがな、★氏名、現職名、★生年月日、★性別 ・氏名の漢字について「高」「崎」等はシステムの都合上文字化けしてしまうため、カッコ書きしてください。又は、文字化けして不明な場合は事務局から確認の連絡をさせていただきます。 ・現職名はない場合は空欄で構いません。 ・氏名と生年月日は修了証書にも記載されるため、誤りがないよう入力してください。
所属情報	法人名、事業所名、郵便番号、★住所、電話番号、FAX 番号、 ★（パソコンの）メールアドレス ・受講申込者の現在の所属についてお書きください ※現所属と異なる法人からの推薦で申込み場合、法人・事業所名は空欄、住所は自宅住所又は市区町村のみを記載し、「受講可否通知の宛先」を必ず記入してください。 <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-top: 10px;"> <p align="center">《メールアドレスに関する注意事項》</p> <p>CM ネットで使用している e ラーニングシステムの都合上、受講者とメールアドレスが紐づけされるため、同一のアドレスで複数名の登録ができません。研修期間が重なっている場合は、CM ネットで行う別研修の場合も同様です。Google や Yahoo 等のフリーメールでも構いませんので、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 ラーニング及び Zoom 演習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。</p> </div>
受講可否通知の宛先	住所、宛て名、電話番号 ※「所属情報」と異なる場合のみ記載 ・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い宛先（受講申込者の自宅住所等）を記載します。 ・宛て名には「法人・事業所名・担当者名」や、個人宅の場合は「氏名」を記載してください。
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、事業所番号、住所、障害福祉サービス種別等 ・新設や異動等の場合、 <u>研修受講後にサビ管又は児発管として配置される予定の事業所</u> の情報を書きます。 ・申請中等、事業所名・事業所番号が決まっていない場合は空欄で構いません。 ・住所が具体的に決まっていない場合も都道府県や市区町村名等を記載します。 ・障がい福祉サービス等は、法人全体ではなく事業所で実施しているもののみ選択します。記載された障害福祉サービス種別等が希望する研修種別と合致しない場合には受講決定できませんので、ご注意ください。

項目	入力事項について
★ 研修の受講（修了歴）	<p>①相談支援の修了歴 ②サビ管・児発管（基礎又は旧分野別）の修了歴 ③サビ管・児発管（実践）の修了歴 ④サビ管・児発管（更新）初回の修了歴 ⑤サビ管・児発管（更新）2回目以降の修了歴</p> <p><①～⑤の研修を当法人以外で修了した場合は、修了証書の写しを添付又は FAX></p> <p>・受講要件である①相談支援従事者研修〔サビ管/児発管向け研修〕等※A、②サビ管基礎研修等※B 又は児発管基礎研修等※C 及び、③サビ管等実践研修、④サビ管等更新研修（初回）⑤サビ管等更新研修（2回目以降）の修了年月日、修了証書番号（半角/第や号は不要）を記載してください。</p> <p>・①～⑤を当法人以外で修了した場合は、修了証書の写し(PDF 又は画像)を添付又は FAX 送信してください</p> <p>→ 記入例（下記）、研修名称の整理（P. 11）</p> <p><修了証書の添付について></p> <p>①「ファイルの選択」をクリックすると、パソコンのフォルダが開きます。</p> <p>②添付したい修了証書のファイル（PDF 等）を選択し、「開く」を押すと添付できます。申込み画面の「ファイル選択」の横に添付ファイル名が表示されます。</p> <p>※添付できる PDF・画像は一つです。当法人以外の修了証書が複数ある場合はデータを事前に一つにまとめてください。（データはコピー機等でスキャンして PDF 化する。又は、申込み作業をする PC 宛てにスマホ等で撮影した画像をメール送信し、保存する。画像データが重いと送信できないことがあります。送れない場合は下記のとおり FAX）</p> <p>※PDF の添付が難しい場合は FAX（FAX 番号 011-521-8551）してください。</p>

研修の受講（修了歴）の記入例

例 1) 令和元年度に相談支援従事者研修修了、平成 30 年度に旧サビ管研修修了、令和 3 年度に実践研修修了で、更新研修を初めて申込み場合

①相談支援	区分〔選択制〕	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〕
	修了年月日	西暦 2019 年 6 月 14 日
	証書番号(半角)	×××××
②サビ管・児発管 (基礎・旧分野別)	区分〔選択制〕	サービス管理責任者研修（第 1 分野～4 分野）
	修了年月日	西暦 2018 年 8 月 × 日
	証書番号(半角)	A××××
③サビ管・児発管 (実践)	区分〔選択制〕	サービス管理責任者研修実践研修
	修了年月日	西暦 2021 年 10 月 × 日
	証書番号(半角)	A××××
④サビ管・児発管 (初回の更新)	区分〔選択制〕	受講なし
	修了年月日	西暦 0 年 12 月 31 日
	証書番号(半角)	なし
⑤2 回目以降の更新研修 (上記にならって 2 回目以降に修了した「区分」「修了年月日」「証書番号」)		なし
①～⑤の研修を当法人以外で修了した場合は、修了証書の写し(PDF または画像)で添付してください。(添付できない方は 011-521-8551 へ FAX してください)		
ファイルの選択		

受講していない場合は、「受講なし」を選択してください。
(修了年月日はそのまま、証書番号は「なし」)

例 2) 平成 30 年度以前に旧サビ管研修・相談支援従事者研修修了し、令和 1 年度と令和 5 年度に更新研修を修了し、3 回目の更新のため申込む場合

①相談支援	区分 [選択制]	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)
	修了年月日	西暦 2000 年 6 月 × 日
	証書番号(半角)	未記載
②サビ管・児発管 (基礎・旧分野別)	区分 [選択制]	サービス管理責任者研修 (第 1 分野～4 分野)
	修了年月日	西暦 2000 年 8 月 × 日
	証書番号(半角)	A × × × ×
③サビ管・児発管 (実践)	区分 [選択制]	受講なし
	修了年月日	西暦 0 年 12 月 31 日
	証書番号(半角)	なし
④サビ管・児発管 (<u>初回</u> の更新)	区分 [選択制]	サービス管理責任者更新研修
	修了年月日	西暦 2019 年 12 月 × 日
	証書番号(半角)	A △ △ △ △ △
⑤ <u>2 回目以降</u> の更新研修 (上記にならって 2 回目以降に修了した「区分」「修了年月日」「証書番号」を記載してください)		
記入例) サービス管理責任者更新研修 西暦 2023 年 8 月 × 日 A □ □ □ □ □ (以降も、同様に記載していく)		
①～⑤の研修を当法人以外で修了した場合は、修了証書の写し(PDF または画像)で添付してください。(添付できない方は 011-521-8551 へ FAX してください)		
ファイルの選択		

受講していない場合は、「受講なし」を選択してください。
(修了年月日はそのまま、証書番号は「なし」)

※研修の名称については、別紙 3-2 (P.11) をご確認ください。「サビ管・児発管 (旧分野別・基礎)」について複数受講している場合は、修了年度が一番古いものを記載してください。「相談支援」について現任研修修了者は、基礎研修又は初任者研修の修了歴について記載してください。

※A 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] 又は、「平成 18 年障害者ケアマネジメント従事者研修」又は平成 19 年以降の「相談支援従事者研修」基礎研修の前期講義 2 日・又は同研修「補完研修」・又は平成 30 年以降の同研修「初任者研修」について、修了年度と修了月、修了証書番号を記載してください。平成 23 年度以前に研修を修了されていて、修了証書に番号が記載されていない場合は「未記載」と入力してください。

※B サービス管理責任者基礎研修又は、平成 30 年度以前の旧サービス管理責任者研修 (分野別) 研修、サービス管理責任者実践研修、サービス管理責任者更新研修の修了年度と修了月、修了証書番号を記載してください。平成 30 年度以前に複数の分野別研修を修了している場合は、修了年度が一番古いものを記載してください。受講したことがない場合は、「受講なし」と記載し、修了年月日は初期状態 (0 年 12 月 31 日)、修了証書番号は「なし」と入力してください。必須項目なので空欄では申込みません。

※C 児童発達支援管理責任者基礎研修又は、平成 30 年度以前の旧児童発達支援管理責任者研修、児童発達支援管理責任者実践研修、児童発達支援管理責任者更新研修の修了年度と修了月、修了証書番号を記載してください。受講したことがない場合は、「受講なし」と記載し、修了年月日は初期状態 (0 年 12 月 31 日)、修了証書番号は「なし」と入力してください。必須項目なので空欄では申込みません。

項目	入力事項について
★従事状況	A～F のうち従事状況としてあてはまるもの全てにチェックをつける <ul style="list-style-type: none"> 受講要件※D である従事状況についてあてはまるものすべてにチェックをつけてください。 F を選択する場合は、詳細を枠内に入力してください。 例) 生活支援員、就労支援員、児童指導員、保育士等

※D サビ管更新研修の場合、現にサビ管・児発管（又は指定障害福祉サービス事業所等の管理者、指定特相談支援事業所等の相談支援専門員）として従事しているか、実践研修受講後であって更新研修受講前の5年間に2年以上サビ管・児発管（又は管理者、相談支援専門員）として従事していることが要件になります。考え方は児発管も同様です。

項目	入力事項について
★ 過去5年における実務経験年数	実務の内容（サビ管／児発管／管理者／相談支援専門員／上記以外） 実務経験年数 実務経験についての補足事項 ・受講要件※Dである実務経験年数について、実務の内容に応じた経験年数を記載してください。 ・実践研修終了後、更新研修受講前5年間に通算2年以上の実務経験が更新研修の受講要件となります。 → 記入例（下記）

過去5年間における実務経験年数記入例

例) 現在は支援員として従事しているが、受講までの過去5年間に2年0ヶ月サービス管理責任者として2年0ヶ月・管理者として2年0ヶ月（兼務）従事経験がある場合

実務の内容	実務経験※E
サービス管理責任者	2年00ヶ月
児童発達支援管理責任者	0年 0ヶ月
管理者	2年00ヶ月
相談支援専門員	0年 0ヶ月
上記以外（支援員等）	0年 0ヶ月
実務経験についての補足事項	
記入例) サービス管理責任者と管理者は2年0ヶ月兼務（トータル2年0カ月） 研修終了後サビ管として従事	

該当しない場合は、「0年0カ月」のまま
補足もない場合は「なし」のまま
にしてください。

※E 受講予定の更新研修（講義日程）の前月末までの5年間の実務経験を記載してください

※ここで記載いただくのは「更新研修受講前の5年間」であり、配置要件としての実務経験ではありません。申込時に実務経験を証明するものの提出は不要です。また、配置に必要な実務経験要件についての問い合わせは募集要領のP.2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。

項目	入力事項について
受講に対する必要な配慮	車イス使用、手話通訳必要、拡大文字資料必要、その他 ・希望される内容がある方は当てはまるものにチェック又はご記入ください。 ・申込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。
★ 配置が必要な事業所の状況	配置の必要数と終了数、受講の必要性、同一事業所から複数の申し込みする場合の優先順位、キャンセル待ちの希望 ・本研修の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ください。 ・「1. 配置の必要数と終了数」は、配置予定の事業所の定員からサービス管理責任者等が何名必要か及び、事業所内でサビ管等として従事できる（研修を修了した）人数を記載してください。 ・「2. 受講の必要性」は、当てはまるものにチェックし、年月を記載してください。その他の場合は、理由の詳細を記載してください。 ・「3. 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入力してください。

	<ul style="list-style-type: none"> ・「4. キャンセル待ちの希望」は、受講不可で通知された場合であって一定期間内にキャンセルが出た際に追加決定を希望される場合はチェックしてください。
★ 所属長の推薦	<p>この申込は、法人（事業所）としての推薦によるものである。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・本研修は原則として個人からの申込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込となりますので、所属長の推薦を確認してください。
★ 送信内容のチェック	<p>上記の内容に相違ない。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・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ボタンを押してください。 ・必須事項の記載がない場合、<u>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</u>ので、ご注意ください。 ・申込完了の確認のため、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。

※ホームページに掲載している「記入例」も参考にしてください。

※申込内容に修正がある場合は改めてお申込みください。修正が軽微な場合は入力画面の控えとしてプリントアウトしたものに修正内容を加筆のうえ FAX (011-521-8551) してください。

※提出いただく申込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、受講決定者に関しては研修受講に関する事務、演習時の受講者名簿、修了者名簿として報告・保管、修了証書の再発行事務のため利用します。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。