

令和8年度 岡山県サービス管理責任者 基礎研修 受講申込書

申込年月日		令和8年8月		日									
①	希望する日程	第1希望		第2希望		第3希望		第4希望		受講区分	サービス管理責任者		
②	フリガナ								性別	男・女			
	申込者氏名								生年月日	M・T S・H	年	月	日
	メールアドレス ※兼事務連絡用		@										
	受講者住所		〒						受講者連絡先TEL				
③	法人（企業）名												
	所属事業所 ※通知先	名称											
		所在地	〒										
		TEL					FAX						
	事業種別 サービス種類												
④	サービス管理責任者に 関すること ※R8年8月現在		人員配置基準上 必要なサービス管理責任者数（新規の場合は見込数）						人				
			令和元年度以降、サービス管理責任者 基礎研修を修了したが、実践研修が未修了の数						人				
			サービス管理責任者に配置可能な職員数（現に従事している者を含む）						人				
⑤	実務経験年数 ※1 令和8年9月末時点 (相談支援)		事業所・機関・施設名 ※2		事業種別 ※3		職名		従事期間 ※4		主たる業務 ※5		
									年 月		相談支援 直接支援		
	年 月								年 月		相談支援 直接支援		
	(直接支援)								年 月		相談支援 直接支援		
	年 月								年 月		相談支援 直接支援		
	(合計)								年 月		相談支援 直接支援		
	年 月								年 月		相談支援 直接支援		
⑥	現在勤務している施設 及び従事している業務												
⑦	実務 経験 要件		条件 1					条件 2					
			1	社会福祉主事任用資格者等である者 ※保有資格名を下欄に記入すること					「Aの施設等で相談支援の業務に従事した期間」・「Bの施設等で直接支援の業務に従事した期間」が通算して3年以上である者				
			2	社会福祉主事任用資格者等でない者					「Aの施設等で相談支援の業務に従事した期間」が通算して3年以上である者				
			3	〃					「Bの施設等で直接支援の業務に従事した期間」が通算して6年以上である者				
			4	国家資格等に基づき当該資格に係る業務に従事した期間 が通算して1年以上である者 ※保有資格名と従事期間を下欄に記入すること					「Aの施設等で相談支援の業務に従事した期間」・「Bの施設等で直接支援の業務に従事した期間」が通算して1年以上である者				
		5	令和8年9月末時点では、実務経験年数を満たしていないが、希望する日程の受講開始日 (講義の開始日) 前日時点では、上記1～4に該当する。					→該当する番号					
⑧	障害福祉関係に 関連する保有資格		保有する 資格名				⑨		上記で「4」に該当する方のみ 条件1の当該資格に係る業務に 従事した期間		年 月		
⑩	◆相談支援従事者初任者研修修了（または受講）状況 ※写しの添付は必須です。											写し添付チェック欄	
	①	平成	年度	岡山県	相談支援従事者初任者研修（1日間課程＋障害者ケアマネ）修了							添付	
	②		年度	岡山県	相談支援従事者初任者研修（講義部分）受講							添付	
	③		年度	岡山県	相談支援従事者初任者研修 修了							添付	

⑪	基礎研修修了後 2人目以降としての 配置予定・就任時期	該当するものに○をしてください。（現に1名配置されており、2人目以降として配置される場合に限る）					
		あり	※「あり」を選択した場合は、その配置予定時期に○をつけてください。			なし	未定
⑫	実践研修修了後 サービス管理責任者としての 就任予定時期	該当するものに○をしてください。					
		配置予定時期を下記へ記入してください。					未定
		就任予定あり（配置時期：令和 年 月頃）					
⑬	障害等による受講上の 要配慮事項の有無	有 ・ 無		（有を選択した方）障害等で配慮を要する事項を記入してください。			
◆申込者署名欄 ※自署 または 入力と押印							
⑭							
	申込者署名(自筆)・印	虚偽なく記載しました。			氏名	印	

⑮	◆代表者による推薦欄 ※事業所の押印必要						
	本申込書の記載内容に相違ないことを確認し、標記研修を上記の者に受講させたいので推薦します。						
	推薦順位	同一事業所から同一受講区分へ複数名申し込む場合の推薦順位					
		人中 位					
	受講推薦(申込)理由	受講希望理由について該当する欄に○をしてください。					
		1	現に1人目サービス管理責任者を配置しているが、人員基準上複数配置が必要な事業所であるにもかかわらず配置できていないため、基礎研修修了後、2人目として配置予定。				
		2	現在、サービス管理責任者が欠員の状態（障害福祉サービス費等が減算されている状態）であるため。				
		3	既に人員基準上必要なサービス管理責任者を配置しているが、業務分担等の理由により基礎研修修了後、2人目として配置予定。 （配置予定を必ず記入→令和 年 月（予定））				
		4	既に人員基準上必要なサービス管理責任者を配置しているが、業務分担等の理由により基礎研修修了後、3人目として配置予定。 （配置予定を必ず記入→令和 年 月（予定））				
		5	現サービス管理責任者が退任の意向があるため、交代要員として受講させたい。 （おおよその退任予定時期を必ず記入→令和 年 月頃退任予定）				
6		事業開始を計画しているがサービス管理責任者として任用できる者がいない。 ※開始時期、障害福祉サービス名および定員を必ず記入。 ・時期（令和 年 月頃）・サービス名称（ ）・定員（ ）名					
7		法人（事業所）内において、サービス管理責任者の配置・交代が必要になった場合に備えて資格者を用意したい。					
8	将来、サービス管理責任者にふさわしい人材と見込まれるための受講させ、さまざまな知識を得て欲しい。						
9	上記1～8に該当しない（その他）→具体的に（就任予定がある場合は、その時期）を記載してください。						
法人・企業・事業所名							
所在地							
電話番号							
代表者名 ・ 印		印					

⑯	この申込書に関する問合せ先		
	事業所名	担当者名	連絡先 電話番号

提出する前に必ず確認し、✓を入れてください。

	記入漏れはありません。また申込者本人が確認し、自署または押印しました。
	修了証書（または受講証明書）の写しを添付しました。
	事業所（法人）印または事業所（法人）代表印を押印しました。 （個人申込のため、推薦欄は申込者本人印を押印しました。）

申込 提出 書先	A日程・D日程のいずれかを第1希望とする場合 〒713-8111 倉敷市玉島服部字弥高3788-1 社会福祉法人 三穂の園（基礎研修）宛 担当：大源 Tel086-525-2522	B日程・C日程のいずれかを第1希望とする場合 〒703-8560 岡山市北区祇園866 学校法人 旭川荘事務局（基礎研修）宛 担当：川上 Tel086-275-0145
----------------	---	---

令和8年度 岡山県児童発達支援管理責任者 基礎研修 受講申込書

申込年月日		令和8年8月		日								
①	希望する日程	第1希望		第2希望		第3希望		第4希望		受講区分	児童発達支援管理責任者	
②	フリガナ							性別	男・女			
	申込者氏名							生年月日	M・T S・H	年	月	日
	メールアドレス ※兼事務連絡用	@										
	受講者住所	〒						受講者連絡先TEL				
③	法人（企業）名											
	所属事業所 ※通知先	名称										
		所在地	〒									
		TEL					FAX					
		事業種別 サービス種類										
④	児童発達支援管理責任者に関すること	人員配置基準上 必要な児童発達支援管理責任者数（新規の場合は見込数）							人			
		令和元年度以降、児童発達支援管理責任者 基礎研修を修了したが、実践研修が未修了の数							人			
	※R8年8月現在	児童発達支援管理責任者に配置可能な職員数（現に従事している者を含む）							人			
⑤	実務経験年数 ※1 令和8年9月末時点	事業所・機関・施設名 ※2	事業種別 ※3	職名	従事期間 ※4	主たる業務 ※5						
	(相談支援)				年	ヵ月	相談支援 直接支援					
	年	ヵ月			年	ヵ月	相談支援 直接支援					
	(直接支援)				年	ヵ月	相談支援 直接支援					
	年	ヵ月			年	ヵ月	相談支援 直接支援					
	(合計)				年	ヵ月	相談支援 直接支援					
	年	ヵ月			年	ヵ月	相談支援 直接支援					
⑥	現在勤務している施設 及び従事している業務											
⑦	条件 1											
	実務 経験 要件	1	社会福祉主事任用資格者等である者 ※保有資格名を下欄に記入すること				①「A・Bの施設等で相談支援の業務に従事した期間」・「C・Dの施設等で直接支援の業務に従事した期間」が通算して3年以上 ②「Aの施設等で相談支援の業務に従事した期間」・「Cの施設等で直接支援の業務に従事した期間」が通算して1年以上					
		2	社会福祉主事任用資格者等でない者				①「A・Bの施設等で相談支援の業務に従事した期間」が通算して3年以上 ②「Aの施設等で相談支援の業務に従事した期間」が通算して1年以上					
		3	〃				①「C・Dの施設等で直接支援の業務に従事した期間」が通算して6年以上 ②「Cの施設等で直接支援の業務に従事した期間」が通算して1年以上である者					
		4	国家資格等に基づき当該資格に係る業務に従事した期間が通算して3年以上である者 ※保有資格名と従事期間を下欄に記入すること				「Aの施設等で相談支援の業務に従事した期間」・「Bの施設等で直接支援の業務に従事した期間」が通算して1年以上である者					
		5	令和8年9月末時点では、実務経験年数を満たしていないが、希望する日程の受講開始日（講義の開始日）前日時点では、上記1～4に該当する。				→該当する番号					
⑧	障害福祉関係に 関連する保有資格	保有する 資格名					⑨	上記で「4」に該当する方のみ 条件1の当該資格に係る業務に 従事した期間	年	ヵ月		
⑩	◆相談支援従事者初任者研修修了（または受講）状況 ※写しの添付は必須です。										写し添付チェック欄	
	①	平成	年度	岡山県	相談支援従事者初任者研修（1日間課程+障害者ケアマネ）修了					添付		
	②		年度	岡山県	相談支援従事者初任者研修（講義部分）受講					添付		
	③		年度	岡山県	相談支援従事者初任者研修 修了					添付		

⑪	基礎研修修了後 2人目以降としての 配置予定・就任時期	該当するものに○をしてください。（現に1名配置されており、2人目以降として配置される場合に限り）					
		あり	※「あり」を選択した場合は、その配置予定時期に○をつけてください。	令和8年度	令和9年度	令和10年度以降	なし
⑫	実践研修修了後 児童発達支援管理責任者 としての就任予定時期	該当するものに○をしてください。					
		就任予定あり	配置予定時期を下記へ記入してください。 （配置時期：令和 年 月頃）			未定	
⑬	障害等による受講上の 要配慮事項の有無	有	・	無	（有を選択した方）障害等で配慮を要する事項を記入してください。		
◆申込者署名欄 ※自署 または 入力と押印							
⑭	申込者署名(自筆)・印	虚偽なく記載しました。			氏名	印	

⑮	◆代表者による推薦欄 ※事業所の押印必要							
	本申込書の記載内容に相違ないことを確認し、標記研修を上記の者に受講させたいので推薦します。							
	推薦順位	同一事業所から同一受講区分へ複数名申し込む場合の推薦順位						
		人中 位						
	受講推薦(申込)理由	受講希望理由について該当する欄に○をしてください。						
		1	現に1人目児童発達支援管理責任者を配置しているが、人員基準上複数配置が必要な事業所であるにもかかわらず配置できていないため、基礎研修終了後、2人目として配置予定。					
		2	現在、児童発達支援管理責任者が欠員の状態（障害福祉サービス費等が減算されている状態）であるため。					
		3	既に人員基準上必要な児童発達支援管理責任者を配置しているが、業務分担等の理由により基礎研修終了後、2人目として配置予定。 （配置予定を必ず記入→令和 年 月頃（予定））					
		4	既に人員基準上必要な児童発達支援管理責任者を配置しているが、業務分担等の理由により基礎研修終了後、3人目として配置予定。 （配置予定を必ず記入→令和 年 月頃（予定））					
		5	現 児童発達支援管理責任者が退任の意向があるため、交代要員として受講させたい。 （おおよその退任予定時期を必ず記入→令和 年 月頃退任予定 ）					
6		事業開始を計画しているが児童発達支援管理責任者として任用できる者がいない。 ※開始時期、障害福祉サービス名および定員を必ず記入。 ・時期（令和 年 月頃）・サービス名称（ ）・定員（ ）名						
7		法人（事業所）内において、児童発達支援管理責任者の配置・交代が必要になった場合に備えて資格者を用意したい。						
8	将来、児童発達支援管理責任者にふさわしい人材と見込まれるための受講させ、さまざまな知識を得て欲しい。							
9	上記1～8に該当しない（その他）→具体的に（就任予定がある場合は、その時期）を記載してください。							
法人・企業・事業所名								
所在地								
電話番号								
代表者名		印						

この申込書に関する問合せ先			
⑯	事業所名	担当者名	連絡先 電話番号

提出する前に確認し、✓を入れてください。

	記入漏れはありません。また申込者本人が確認し、自署または押印しました。
	修了証書(または受講証明書)の写しを添付しました。
	事業所(法人)印または事業所(法人)代表印を押印しました。 (個人申込のため、推薦欄は申込者本人印を押印しました。)

申 提 込 書 先	A日程・D日程のいずれかを第1希望とする場合	B日程・C日程のいずれかを第1希望とする場合
	〒713-8111 倉敷市玉島服部字弥高3788-1 社会福祉法人 三穂の園(基礎研修) 宛 担当:大源 TEL086-525-2522	〒703-8560 岡山市北区祇園866 学校法人 旭川荘事務局(基礎研修) 宛 担当:川上 TEL086-275-0145

令和8年度 岡山県サービス管理責任者 基礎研修 受講申込書

申込年月日	令和8年8月 25 日											
①	希望する日程	第1希望	A	第2希望	B	第3希望	C	第4希望	D	受講区分	サービス管理責任者	
②	ふりがな	モモ ハナコ					性 別	男 ・ 女				
	申込者氏名	桃 花子					生年月日	M・T	60	年	5 月 15 日	
	メールアドレス ※兼事務連絡用	abcde @ xxxxxxxxxxxxxxxx.or.jp										
	受講者住所	〒 700-0000					受講者連絡先TEL	080-0000-0000				
③	法人（企業）名	社会福祉法人〇〇福祉会										
	所属事業所 ※通知先	名称	障害福祉サービス事業所ももたろう									
		所在地	〒 700-8570 岡山市北区内山下9-9-9-9									
		T E L	086-000-0000					F A X	086-000-0000			
		事業種別 サビの種類	就労B、生活介護									
④	サービス管理責任者に 関すること ※ R 8 年 8 月現在	人員配置基準上 必要なサービス管理責任者数（新規の場合は見込数）					1 人					
		令和元年度以降、サービス管理責任者 基礎研修を修了したが、実践研修が未修了の数					1 人					
		サービス管理責任者に配置可能な職員数（現に従事している者を含む）					1 人					
⑤	実務経験年数 ※ 1 令和8年9月末時点	事業所・機関・施設名 ※2	事業種別 ※3		職名		従事期間 ※4	主たる業務 ※5				
	(相談支援)	高齢者◇◇支援センター	老人福祉施設		介護職員		4 年 0 カ月	相談支援 直接支援				
	年 カ月	〃	〃		理学療法士		1 年 5 カ月	相談支援 直接支援				
	(直接支援)	ヘルパーステーションXXXX	居宅介護		ヘルパー		1 年 7 カ月	相談支援 直接支援				
	8 年 11 カ月	障害福祉サービス事業所ももたろう	生活介護		生活支援員		1 年 11 カ月	相談支援 直接支援				
	(合 計)											
8 年 11 カ月												
⑥	現在勤務している施設 及び従事している業務	障害福祉サービス事業所ももたろうで生活支援員をしている。										
⑦	実 務 経 験 要 件	条件 1					条件 2					
		○ 1	社会福祉主任任用資格者等である者 ※保有資格名を下欄に記入すること					「Aの施設等で相談支援の業務に従事した期間」・「Bの施設等で直接支援の業務に従事した期間」が通算して3年以上である者				
		2	社会福祉主任任用資格者等でない者					「Aの施設等で相談支援の業務に従事した期間」が通算して3年以上である者				
		3	〃					「Bの施設等で直接支援の業務に従事した期間」が通算して6年以上である者				
		○ 4	国家資格等に基づき当該資格に係る業務に従事した期間が通算して1年以上である者 ※保有資格名と従事期間を下欄に記入すること					「Aの施設等で相談支援の業務に従事した期間」・「Bの施設等で直接支援の業務に従事した期間」が通算して1年以上である者				
5	令和8年9月末時点では、実務経験年数を満たしていないが、希望する日程の受講開始日（講義の開始日）前日時点では、上記1～4に該当する。					→該当する番号						
⑧	障害福祉関係に 関連する保有資格	保有する 資格名	保育士、社会福祉士、理学療法士					⑨	上記で「4」に該当する方のみ 条件1の当該資格に係る業務に 従事した期間	1 年 5 カ月		
⑩	◆相談支援従事者初任者研修修了（または受講）状況 ※写しの添付は必須です。										写し添付チェック欄	
	①	平成	年度	岡山県	相談支援従事者初任者研修（1日間課程+障害者ケアマネ）修了					添付		
	○ ②	令和	8 年度	岡山県	相談支援従事者初任者研修（講義部分）受講					添付	✓	
	③		年度	岡山県	相談支援従事者初任者研修 修了					添付		

（受講申込書記入に際しての注意事項）

- ・受講者本人が記入（入力）、押印のうえ、配置予定の法人または事業所代表者から推薦を受けてください。
- ・代表者からの推薦を受けず個人で申し込む場合は、裏面「代表者による推薦欄」に申込理由、受講者本人の住所、氏名を記入してください。
- ・申込書類に不備がある場合、受講決定の対象としない場合がありますので、記載漏れ等がないようご確認ください。
- ・虚偽の内容であることが判明した場合、受講を取り消すことがあります。

- ①《希望する日程》・・・原則 第3希望までは記入してください。必ずしも第1希望の日程に決定するとは限りません。
第1希望の日程により、問合せ先及び申込書提出先が異なりますので、ご注意ください。
「A日程」または「D日程」の場合は・・・「社会福祉法人三穂の園」へ申込書を提出
「B日程」または「C日程」の場合は・・・「学校法人旭川荘」へ申込書を提出
- ②《メールアドレス》
・研修に関する事務連絡が必要な場合に使用します。
[B日程およびC日程]の場合、講義動画を受講するためのURLを通知する場合に使用します。
- ③《所属事業所》・・・受講決定（不決定）通知等、研修に関する書類等の郵送先となります。
代表者からの推薦を受けず個人で申し込む場合は、申込者の自宅が郵送先となります。
- ④《サービス管理責任者に関すること》
・令和8年8月現在の状況について、記入してください。0人の場合は0人と記入してください。
- ⑤《実務経験年数》
記入欄以上の実務経験を記入する必要はありませんが、記入したもので実務経験要件が確認できない場合は、別紙を添付してください（様式任意）。
※1（実務経験年数）・・・令和8年9月末時点の通算年数を※4、※5に基づき記入してください。
※2（事業所等）・・・事業所名または法人名等を記入してください。
※3（事業種別）・・・障害者支援施設、老人福祉施設、障害福祉サービス事業、病院、特別支援学校等、事業種別を記入してください。
※4（従事期間）・・・実務経験「1年」の考え方については、別紙「よくあるご質問」を確認してください。合計年数を左端に記入してください。
※5（主たる業務）・・・どちらか該当する方を○で囲むか、該当しない方を消去してください。
- ⑥《現在勤務している施設及び従事している業務》 必ず記入してください。
障害福祉サービス事業所〇〇で生活支援員をしている・・・等、現在の状況を記入してください。
現在従事していない場合も、その旨をご記入ください。
- ⑦《実務経験要件》
・「別紙参考資料2」を参照のうえ、該当する欄に○をしてください。条件1と条件2の両方を満たすものを選択してください。
・令和8年9月末時点では該当しない場合でも、希望する日程の受講開始日（講義の開始日）前日時点で該当する場合は、5に○をして、該当する番号を記入してください。
・1～5に該当しない場合は、実務経験要件を満たしていないため、申込はできません。
- ⑧《障害福祉関係に係る保有資格》
・保有する資格名を記入してください。（⑦実務経験要件 1, 4に該当する方は必ず記入してください。）
- ⑨《国家資格に係る業務に従事した期間》
・⑦実務経験要件4に該当する方は、国家資格に係る業務に従事した期間を必ず記入してください。
- ⑩《相談支援従事者初任者研修修了（受講）状況》 提出する際は、「写し添付チェック欄」に✓を。
・該当するもの1つに○を記入し、「修了証書」または「受講証明書」の写しを必ず添付してください。
- ・複数年度において修了（または受講）している場合は、最初に修了（または受講）した年度について記載し、写しを添付してください。
 - ・修了（または受講）年度を証書で確認し、記入してください。
 - ・岡山県以外で研修を修了（または受講）している場合は、岡山県を該当都道府県名に修正してください。
手書きの場合は二重線を引き修正してください。

⑪	基礎研修修了後 2人目以降としての 配置予定・就任時期	該当するものに○をしてください。（現に1名配置されており、2人目以降として配置される場合に限る）					
		☐ あり	※「あり」を選択した場合は、その配置予定時期に○をつけてください。 ☐ 令和8年度 ☐ 令和9年度 ☐ 令和10年度以降			☐ なし	☐ 未定
⑫	実践研修修了後 サービス管理責任者としての 就任予定時期	該当するものに○をしてください。					
		☐ 就任予定あり	配置予定時期を下記へ記入してください。 (配置時期: 令和 10 年 3 月頃)			☐ 未定	
⑬	障害等による受講上の 要配慮事項の有無	☒ 有	☐ 無	(有を選択した方) 障害等で配慮を要する事項を記入してください。			
◆申込者署名欄 ※自署 または 入力と押印							
⑭	申込者署名(自筆)・印	虚偽なく記載しました。			氏名	桃 花子	

⑮	◆代表者による推薦欄 ※事業所の押印必要						
	本申込書の記載内容に相違ないことを確認し、標記研修を上記の者に受講させたいので推薦します。						
	推薦順位	同一事業所から同一受講区分へ複数名申し込む場合の推薦順位					
		2 人中 1 位					
	受講推薦(申込)理由	受講希望理由について該当する欄に○をしてください。					
	☐	☐ 1	現に1人目サービス管理責任者を配置しているが、人員基準上複数配置が必要な事業所であるにもかかわらず配置できていないため、基礎研修終了後、2人目として配置予定。				
		☐ 2	現在、サービス管理責任者が欠員の状態(障害福祉サービス費等が減算されている状態)であるため。				
		☐ 3	既に人員基準上必要なサービス管理責任者を配置しているが、業務分担等の理由により基礎研修終了後、2人目として配置予定。 (配置予定を必ず記入→令和 年 月(予定))				
		☐ 4	既に人員基準上必要なサービス管理責任者を配置しているが、業務分担等の理由により基礎研修終了後、3人目として配置予定。 (配置予定を必ず記入→令和 年 月(予定))				
		☐ 5	現サービス管理責任者が退任の意向があるため、交代要員として受講させたい。 (おおよその退任予定時期を必ず記入→令和 10 年 3 月頃退任予定)				
		☐ 6	事業開始を計画しているがサービス管理責任者として任用できる者がいない。 ・時期(令和 年 月頃)・サービス名称()・定員()名				
		☐ 7	法人(事業所)内において、サービス管理責任者の配置・交代が必要になった場合に備えて資格者を用意したい。				
		☐ 8	将来、サービス管理責任者にふさわしい人材と見込まれるための受講させ、さまざまな知識を得て欲しい。				
	☐ 9	上記1～8に該当しない(その他)→具体的に(就任予定がある場合は、その時期)を記載してください。					
	法人・企業・事業所名		社会福祉法人〇〇福祉会				
所在地		岡山市北区内山下×-×-××					
電話番号		086-888-8888					
代表者名 ☐		理事長 内山下 太郎					

この申込書に関する問合先						
⑯	事業所名	障害福祉サービス事業所もたろう	担当者名	内下	連絡先電話番号	086-000-0000

提出する前に必ず確認し、✓を入れてください。

✓	記入漏れはありません。また申込者本人が確認し、自署または押印しました。
✓	修了証書(または受講証明書)の写しを添付しました。
✓	事業所(法人)印または事業所(法人)代表印を押印しました。 (個人申込のため、推薦欄は申込者本人印を押印しました。)

申込 提出 書 先	A日程・D日程のいずれかを第1希望とする場合 〒713-8111 倉敷市玉島服部字弥高3788-1 社会福祉法人 三穂の園(基礎研修) 宛 担当:大源 Tel086-525-2522	B日程・C日程のいずれかを第1希望とする場合 〒703-8560 岡山市北区菟園866 学校法人 旭川荘事務局(基礎研修) 宛 担当:川上 Tel086-275-0145
--------------------	--	--

- ⑪《基礎研修修了後2人目以降としての配置予定・就任時期》
基礎研修修了後は、2人目以降のサービス管理責任者として就任可能となります。そのことについて記入してください。
「あり」に○をした場合は、必ずその配置予定時期を○で囲むか、該当しないものを削除してください。
- ⑫《実践研修修了後サービス管理責任者としての就任予定時期》
実践研修修了後の予定について記入してください。「就任予定あり」に○をした場合は、配置予定年月を記入してください。
- ⑬《障害等による受講上の要配慮事項の有無》
「有」を選択した場合、配慮を要する事項を記入してください。
- ⑭《受講者署名欄》・・・申込者本人が記入事項に虚偽がないか確認し、署名をしてください。
氏名をパソコンで入力した場合は、押印が必要です。

- ⑮《代表者による推薦欄》
- ・同一事業所から同一受講区分へ複数名申し込む場合は、推薦順位を記入してください。
 - ・受講推薦(申込)理由は、該当するものに○を記入し、配置予定等についての記載欄がある場合は、必ず記入をお願いします。
 - ・1～8に該当しない場合は、9に○を記入し、具体的に理由を記入してください。
 - ・事業所からの推薦を受けず個人で申し込む場合は、9に○を記入し、具体的に理由を記入してください。
 - ・推薦する代表者が記載内容に相違ないか確認のうえ、法人名以降を記入し事業所等の押印をしてください。
(推薦を受けず個人で申し込む場合は、申込者の自宅住所等を記入し、申込者本人の印を押してください。)

- ⑯《この申込書に関する問合先》
提出いただいた申込書について、確認が必要な場合の問合先となります。必ずご記入ください。

《申込方法等に関する問合先と受講申込書の提出先》
希望する第1希望の日程により、問合せ先と提出先が異なるため、ご注意ください。

- ・A日程、D日程のいずれかの場合は、「社会福祉法人三穂の園」
- ・B日程、C日程のいずれかの場合は、「学校法人旭川荘」

令和8年度 岡山県児童発達支援管理責任者 基礎研修 受講申込書

申込年月日		令和8年8月 25 日				
①	希望する日程	第1希望 C	第2希望 B 第3希望 D 第4希望 A			
受講区分		児童発達支援管理責任者				
②	フリガナ	オカヤマ モモコ				
	申込者氏名	岡山 桃子				
	メールアドレス ※兼事務連絡用	abcde@xxxxxxxxxxxxxxxx.or.jp				
	受講者住所	〒700-9999	受講者連絡先TEL 080-1111-1111			
③	法人（企業）名	特定非営利活動法人〇〇〇				
	所属事業所 ※通知先	名称	児童発達支援センター〇〇〇			
		所在地	〒700-8570 岡山市北区内山下0-0-0-0			
		TEL	086-111-1111 FAX 086-111-1111			
		事業種別 サービス種類	児発、放デイ			
④	児童発達支援管理責任者 に関すること ※R8年8月現在	人員配置基準上 必要な児童発達支援管理責任者数（新規の場合は見込数）	1 人			
		令和元年度以降、児童発達支援管理責任者 基礎研修を修了したが、実践研修が未修了の数	1 人			
		児童発達支援管理責任者に配置可能な職員数（現に従事している者を含む）	1 人			
⑤	実務経験年数 ※1 令和8年9月末時点	事業所・機関・施設名 ※2	事業種別 ※3	職名	従事期間 ※4	主たる業務 ※5
	(相談支援)	■■小学校	学校	教諭	2 年 10 月	相談支援 直接支援
	年 月	児童発達支援センター〇〇〇	児発	支援員	4 年 4 月	相談支援 直接支援
	(直接支援)				年 月	相談支援 直接支援
	7 年 2 月				年 月	相談支援 直接支援
	(合 計)				年 月	相談支援 直接支援
	7 年 2 月				年 月	相談支援 直接支援
⑥	現在勤務している施設 及び従事している業務	児童発達支援・放課後等デイサービスで児童指導員をしている				
⑦	実 務 経 験 要 件	○ 1	条件 1		条件 2 (①②の両方を満たすこと)	
		2	社会福祉主事任用資格者等である者 ※保有資格名を下欄に記入すること		①「A・Bの施設等で相談支援の業務に従事した期間」・「C・Dの施設等で直接支援の業務に従事した期間」が通算して3年以上 ②「Aの施設等で相談支援の業務に従事した期間」・「Cの施設等で直接支援の業務に従事した期間」が通算して1年以上	
		3	社会福祉主事任用資格者等でない者		①「A・Bの施設等で相談支援の業務に従事した期間」が通算して3年以上 ②「Aの施設等で相談支援の業務に従事した期間」が通算して1年以上	
		4	国家資格等に基づき当該資格に係る業務に従事した期間が通算して3年以上である者 ※保有資格名と従事期間を下欄に記入すること		①「C・Dの施設等で直接支援の業務に従事した期間」が通算して6年以上 ②「Cの施設等で直接支援の業務に従事した期間」が通算して1年以上である者	
		5	令和8年9月末時点では、実務経験年数を満たしていないが、希望する日程の受講開始日（講義の開始日）前日時点では、上記1～4に該当する。		→該当する番号	
⑧	障害福祉関係に関する保有資格	保有する資格名	児童指導員任用資格（小学校教員免許） 社会福祉主事任用資格（社会福祉士）	⑨	上記で「4」に該当する方のみ 条件1の当該資格に係る業務に従事した期間	年 月
⑩	◆相談支援従事者初任者研修修了（または受講）状況 ※写しの添付は必須です。					写し添付チェック欄
	① 平成	年度	岡山県	相談支援従事者初任者研修（1日間課程+障害者ケアマネ）修了	添付	
	② 令和 8	年度	岡山県	相談支援従事者初任者研修（講義部分）受講	添付	✓
	③	年度	岡山県	相談支援従事者初任者研修 修了	添付	

（受講申込書記入に際しての注意事項）

- ・受講者本人が記入（入力）、押印のうえ、配置予定の法人または事業所代表者から推薦を受けてください。
- ・代表者からの推薦を受けず個人で申し込む場合は、裏面「代表者による推薦欄」に申込理由、受講者本人の住所、氏名を記入してください。
- ・申込書類に不備がある場合、受講決定の対象としない場合がありますので、記載漏れ等がないようご確認ください。
- ・虚偽の内容であることが判明した場合、受講を取り消すことがあります。

①《希望する日程》・・・原則 第3希望までは記入してください。必ずしも第1希望の日程に決定するとは限りません。第1希望の日程により、問合せ先及び申込書提出先が異なりますので、ご注意ください。
「A日程」または「D日程」の場合は・・・「社会福祉法人三穂の園」へ申込書を提出してください。
「B日程」または「C日程」の場合は・・・「学校法人旭川荘」へ申込書を提出してください。

②《メールアドレス》
・研修に関する事務連絡が必要な場合に使用します。
〔B日程およびC日程〕の場合、講義動画を受講するためのURLを通知する場合に使用します。

③《所属事業所》・・・受講決定（不決定）通知等、研修に関する書類等の郵送先となります。
代表者からの推薦を受けず個人で申し込む場合は、申込者の自宅が郵送先となります。

④《児童発達支援管理責任者に関すること》
・令和8年8月現在の状況について、記入してください。0人の場合は0人と記入してください。

⑤《実務経験年数》
記入欄以上の実務経験を記入する必要はありませんが、記入したもので実務経験要件が確認できない場合は、別紙を添付してください（様式任意）。
※1（実務経験年数）・・・令和8年9月末時点の通算年数を※4、※5に基づき記入してください。
※2（事業所等）・・・事業所名または法人名等を記入してください。
※3（事業種別）・・・障害者支援施設、老人福祉施設、障害福祉サービス事業、病院、特別支援学校等、事業種別を記入してください。
※4（従事期間）・・・実務経験「1年」の考え方については、別紙「よくあるご質問」を確認してください。合計年数を左端に記入してください。
※5（主たる業務）・・・どちらか該当する方を○で囲むか、該当しない方を消去してください。

⑥《現在勤務している施設及び従事している業務》 必ず記入してください。
児童発達支援事業所〇〇〇で児童指導員をしている・・・等、現在の状況を記入してください。
現在従事していない場合も、その旨をご記入ください。

⑦《実務経験要件》
・「別紙参考資料3」を参照のうえ、該当する欄に○をしてください。条件1と条件2の両方を満たすものを選択してください。
・令和8年9月末時点では該当しない場合でも、希望する日程の受講開始日（講義の開始日）前日時点で該当する場合は、5に○をして、該当する番号を記入してください。
・1～5に該当しない場合は、実務経験要件を満たしていないため、申込はできません。

⑧《障害福祉関係に係る保有資格》
・保有する資格名を記入してください。（⑦実務経験要件 1, 4に該当する方は必ず記入してください。）

⑨《国家資格に係る業務に従事した期間》
・⑦実務経験要件4に該当する方は、国家資格に係る業務に従事した期間を必ず記入してください。

⑩《相談支援従事者初任者研修修了（受講）状況》
・該当するもの1つに○を記入し、「修了証書」または「受講証明書」の写しを必ず添付してください。（「チェック欄」に✓を。）
・複数年度において修了（または受講）している場合は、最初に修了（または受講）した年度について記載し、写しを添付してください。
・修了（または受講）年度を証書で確認し、記入してください。
・岡山県以外で研修を修了（または受講）している場合は、岡山県を該当都道府県名に修正してください。
手書きの場合は二重線を引き修正してください。

⑪	基礎研修修了後2人目以降としての配置予定・就任時期	該当するものに○をしてください。（現に1名配置されており、2人目以降として配置される場合に限る）									
		あり	※「あり」を選択した場合は、その配置予定時期に○をつけてください。	令和8年度	令和9年度	令和10年度以降	○	なし		未定	
⑫	実践研修修了後児童発達支援管理責任者としての就任予定時期	該当するものに○をしてください。									
		○	就任予定あり	配置予定時期を下記へ記入してください。（配置時期：令和			11	年	3	月頃）	未定
⑬	障害等による受講上の要配慮事項の有無	（有を選択した方）障害等て配慮を要する事項を記入してください。									
		有	・	無							
⑭	◆申込者署名欄 ※自署 または 入力と押印										
	申込者署名(白筆)・㊞	虚偽なく記載しました。				氏名	岡山 桃子 岡印				

⑮	◆代表者による推薦欄 ※事業所の押印必要 本申込書の記載内容に相違ないことを確認し、標記研修を上記の者に受講させたいので推薦します。										
	推薦順位	同一事業所から同一受講区分へ複数名申し込む場合の推薦順位									
		人	中	位							
	受講推薦(申込)理由	受講希望理由について該当する欄に○をしてください。									
		1	現に1人目児童発達支援管理責任者を配置しているが、人員基準上複数配置が必要な事業所であるにもかかわらず配置できていないため、基礎研修終了後、2人目として配置予定。								
		2	現在、児童発達支援管理責任者が欠員の状態（障害福祉サービス費等が減算されている状態）であるため。								
		3	既に人員基準上必要な児童発達支援管理責任者を配置しているが、業務分担等の理由により基礎研修修了後、2人目として配置予定。 (配置予定を必ず記入→令和 年 月 (予定))								
		4	既に人員基準上必要な児童発達支援管理責任者を配置しているが、業務分担等の理由により基礎研修修了後、3人目として配置予定。 (配置予定を必ず記入→令和 年 月 (予定))								
		○ 5	現 児童発達支援管理責任者が退任の意向があるため、交代要員として受講させたい。 (おおよその退任予定時期を必ず記入→令和 11 年 3 月頃退任予定)								
		6	事業開始を計画しているが児童発達支援管理責任者として任用できる者がいない。 ※開始時期、障害福祉サービス名および定員を必ず記入。 ・時期(令和 年 月頃)・サービス名称()・定員()名								
	7	法人(事業所)内において、児童発達支援管理責任者の配置・交代が必要になった場合に備えて資格者を用意したい。									
	8	将来、児童発達支援管理責任者にふさわしい人材と見込まれるための受講させ、さまざまな知識を得て欲しい。									
	9	上記1～8に該当しない(その他)→具体的に(就任予定がある場合は、その時期)を記載してください。									
※事業所からの推薦を受けず個人で申し込む場合・・・9その他に○をして、理由を具体的に記載してください。 なお、下欄は、申込者本人の住所・電話番号・氏名を記載し印を押してください。											
	法人・企業・事業所名	児童発達支援センター〇〇〇									
	所在地	岡山市北区内山下0-0-0									
	電話番号	086-111-1111									
	代表者名	管理者 倉敷 花子 管は法人または事業所印									

この申込書に関する問合先						
⑯	事業所名	児童発達支援センター〇〇〇	担当者名	津山	連絡先電話番号	086-111-1111

提出する前に必ず確認し、✓を入れてください。

✓	記入漏れはありません。また申込者本人が確認し、自署または押印しました。
✓	修了証書(または受講証明書)の写しを添付しました。
✓	事業所(法人)印または事業所(法人)代表印を押印しました。 (個人申込のため、推薦欄は申込者本人印を押印しました。)

申提出書先	A日程・D日程のいずれかを第1希望とする場合	B日程・C日程のいずれかを第1希望とする場合
	〒713-8111 倉敷市玉島服部学弥高3788-1 社会福祉法人 三穂の園(基礎研修)宛 担当:大源 1a086-525-2522	〒703-8560 岡山市北区祇園866 学校法人 旭川荘事務局(基礎研修)宛 担当:川上 1a086-275-0145

⑪《基礎研修修了後2人目以降としての配置予定・就任時期》
基礎研修修了後は、2人目以降の児童発達支援管理責任者として就任可能となります。そのことについて記入してください。
「あり」に○をした場合は、必ずその配置予定時期を○で囲むか、該当しないものを削除してください。

⑫《実践研修修了後児童発達支援管理責任者としての就任予定時期》
実践研修修了後の予定について記入してください。「就任予定あり」に○をした場合は、配置予定年月を記入してください。

⑬《障害等による受講上の要配慮事項の有無》
「有」を選択した場合、配慮を要する事項を記入してください。

⑭《受講者署名欄》・・・申込者本人が記入事項に虚偽がないか確認し、署名をしてください。
氏名をパソコンで入力した場合は、押印が必要です。

⑮《代表者による推薦欄》
・同一事業所から同一受講区分へ複数名申し込む場合は、推薦順位を記入してください。
・受講推薦(申込)理由は、該当するものに○を記入し、配置予定等についての記載欄がある場合は、必ず記入をお願いします。
・1～8に該当しない場合は、9に○を記入し、具体的に理由を記入してください。
・事業所からの推薦を受けず個人で申し込む場合は、9に○を記入し、具体的に理由を記入してください。
・推薦する代表者が記載内容に相違ないか確認のうえ、法人名以降を記入し事業所等の押印をしてください。
(推薦を受けず個人で申し込む場合は、申込者の自宅住所等を記入し、申込者本人の印を押してください。)

⑯《この申込書に関する問合先》
提出いただいた申込書について、確認が必要な場合の問合先となります。必ずご記入ください。

《申込方法等に関する問合先と受講申込書の提出先》
希望する第1希望の日程により、問合せ先と提出先が異なるため、ご注意ください。
・A日程、D日程のいずれかの場合は、「社会福祉法人三穂の園」
・B日程、C日程のいずれかの場合は、「学校法人旭川荘」