（別紙）

**令和７年度山梨県サービス管理責任者及び児童発達支援管理責任者更新研修**

**受　講　申　込　書**

申込日　令和　７年　　月　　日

法人名

事業所名

代表者職・氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　印

標記研修の受講者として次の者を推薦します。

【受講希望者の基本情報】

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 氏　名 | ふ り が な | 性　別 | 生 年 月 日 | 年齢 |
|  |  | 男・女 | ( 昭和・平成 )　　年　　月　　日 |  |

|  |  |
| --- | --- |
| 現在の役職 | 従事年数（現在の法人） |
|  |  |

|  |
| --- |
| （１）サビ管等実践研修の修了年度（※１）　（　　　・　　　・　　　）年度修了 |
| （２）サビ管等更新研修の修了年度（※２）　（　　　・　　　・　　　）年度修了 |
| ①山梨県での法定研修（サービス管理責任者・児童発達支援管理責任者、相談支援従事者等研修）での講師やファシリテーターでのご経歴やご経験がございましたら、具体的にご記入ください。 |
|  |
| ②現法人事業所入職から現在に至るまでの経歴と今更新研修の受講参加に関しての経緯や意気込み等をご記入ください。 |
|  |
| ③自身の地域自立支援協議会の参画や関りに関して、具体的にご記入ください。 |
|  |
|  |

【所属事業所の基本情報】

|  |  |
| --- | --- |
| 現在地 | 〒 |
| サービス種別 |  |
| 電話番号 |  |
| メールアドレス |  |
| 担当者氏名 |  |

【希望する日程】（受講を希望される日程を✓してください）※２

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ✓ | 開催日 | 参考 |
|  | Ａ日程：令和７年１１月２７日（木）　　　　　　　令和７年１１月２８日（金） |  |
|  | Ｂ日程：令和７年１２月１１日（木）　　　　令和７年１２月１２日（金） |  |
|  | 特に希望はありません |  |

※１　平成３０年度までに旧カリキュラムの研修を修了している場合のみ記載不要です。

※２　複数ある場合は、すべて記載してください。

※２　申し込み状況によってはご希望に添えない場合もありますので、あらかじめご了承ください。

**◇申込期限　：　令和７年10月25日（土）１６：００　必着**

（別紙）

記 載 例

**令和７年度山梨県サービス管理責任者及び児童発達支援管理責任者更新研修**

**受　講　申　込　書**

申込日　令和　７年　　月　　日

法人名　　（福）やまなし福祉会

事業所名　　たけだしんげん事業所

代表者職・氏名　　所長　山梨　一郎　　　印

標記研修の受講者として次の者を推薦します。　　　　　　　　　　　　　事業所の代表者氏名・印をお願いします。

【受講希望者の基本情報】

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 氏　名 | ふ り が な | 性　別 | 生 年 月 日 | 年齢 |
| サビ管　太郎 | さびかん　たろう | 男・女 | ( 昭和・平成 )２年　３月４日 | 　３４才 |

|  |  |
| --- | --- |
| 現在の役職 | 従事年数（現在の法人） |
| サービス管理責任者 | 　　　　　　　　８年 |

|  |
| --- |
| サビ管等研修の修了年度（※１）　　平成（２１・２７）年度修了 |
| ①山梨県での法定研修（サービス管理責任者・児童発達支援管理責任者、相談支援従事者等研修）での講師やファシリテーターでのご経歴やご経験がございましたら、具体的にご記入ください。 |
| 令和５年度サービス管理責任者・児童発達支援管理責任者更新研修でファシリテーターを行った。 |
| ②現法人事業所入職から現在に至るまでの経歴と今更新研修の受講参加に関しての経緯や意気込み等をご記入してください。 |
| 平成２４年入職後、平成３０年４月から　通所生活介護のサービス管理責任者業務にあたる今年度サービス管理責任者としての資格が失効するため。そして、サービス管理責任者として、自己業務の省察、地域ネットワークの構築の向上、自身のスキルアップ図り利用者支援はじめチーム支援力を向上させたいため。 |
| ③自身の地域自立支援協議会の参画や関りに関して具体的にご記入ください。 |
| A自立支援協議会、就労部会部会長として、令和５年４月から現在まで活動している。 |
| 山梨県サービス管理責任者及び児童発達支援管理責任者更新研修を令和（３）年度受講している |

【所属事業所の基本情報】

|  |  |
| --- | --- |
| 現在地 | 〒１２３－４５６７山梨県〇〇市△△８－９－１０ |
| サービス種別 | 就労継続支援B型 |
| 電話番号 | ０００－１２３－４５６７ |
| メールアドレス | Furinkazan@takeda.shingen.ne.jp |
| 担当者氏名 | 児発管　花子 |

【希望する日程】（受講を希望される日程を✓してください）※２

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ✓ | 開催日 | 参考 |
| ✓ | Ａ日程：令和７年１１月２７日（木）　　　　令和７年１１月２８日（金） |  |
|  | Ｂ日程：令和７年１２月１１日（木）　　　　令和７年１２月１２日（金） |  |
|  | 特に希望はありません |  |

※１　複数ある場合は、すべて記載してください。

※２　申し込み状況によってはご希望に添えない場合もありますので、あらかじめご了承ください。

**◇申込期限　：　令和７年10月25日（土）16；00必着**