（別紙２Ⅱ）

平成２６年度 奈良県サービス管理責任者等研修申込書
（Ⅱ：基準該当障害福祉サービス等事業者用）

下記の通り相違ないことを確認し、下記の者を受講者として推薦いたします。

同一の事業所から複数の申込みをする場合の優先順位
分野名（　　）
（　　）番 ／（　　） 中

設置主体(法人)名

代表者職氏名　　印

事業所名称

事業所所在地(〒　　－　　)

電話･FAX番号　TEL　　FAX

ふりがな		生　年　月　日	
受講者氏名		昭和･平成　年　月　日	
受講者住所	〒　　－		
分野別研修受講希望分野	希望分野	優先順位	分野別	研修分野に対応するサービス種類
			1　介護	生活介護
			2　地域生活（身体）	自立訓練(機能訓練)
			3　地域生活（知的・精神）	自立訓練(生活訓練)
			4　就労	就労継続支援Ｂ型
			5　児童	児童発達支援、放課後等デイサービス
	※希望分野に○印を記入し、優先順位に受講希望の順番を記入してください。 （定員を超過する場合はご希望に添えない場合がありますので、ご了承願います。）			
相談支援従事者研修等修了状況	※該当する番号に○を付けてください。 1　奈良県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として必要な講義部分）修了 （ H18・H19・H20・H21・H22・H23・H24・H25・H26 ） 2　旧障害者ケアマネジメント従事者研修受講者（相談支援従事者研修は未受講） 3　奈良県以外が実施する、上記１，２と同様の研修修了（実施主体：　　受講時期：平成　年　月）			
所属事業所の状況	事業所名	9	（定　員） ※多機能型の場合は事業ごとに記入	（　　名）
	事業所所在地	（　　）県　（　　）市郡（　　）町村		
	基準該当障害福祉サービス実施時期　：　平成　年　月（予定含む）			
	基準該当障害福祉サービスの種類	※　所属の事業所が実施(予定含む)するサービスに○を付けてください。 ・生活介護　・自立訓練（機能訓練）　・自立訓練（生活訓練） ・就労継続支援（B型）　・児童発達支援　・放課後等デイサービス		
研修受講にあたって、配慮すべき事項	※ 車椅子席･手話通訳の必要性等、事前に配慮すべきことがありましたらご記入ください。			