

令和6年度三重県サビ管・児発管実践研修 申込フォーム

*申込期限：令和6年12月9日（月） 17時まで

*申込者1名につき必ず1回入力してください。

*開催要項を先にご確認いただき、フォームを入力してください。

*本フォームに記載した内容の控えは、送信ボタンを押した後、入力したメールアドレスに自動送信されます。メールアドレスに誤りがないか、入力後よくお確かめください。

*メールアドレスは受講可否決定後にも情報を受け取れるものを入力してください。

*本研修の詳細については、<https://www.miewel-1.com/training/> をご覧ください。

*お問合せ電話番号：059-213-0533

*** 必須の質問です**

1. メールアドレス*

基本情報(本人情報)

申込者ご本人の基本情報を入力してください。

2. 氏名(漢字) *

姓と名の間には全角スペースを入力してください。 (例) 三重 花子

3. 氏名(全角カタカナ) *

姓と名の間には全角スペースを入力して下さい。 (例) ミエ ハナコ

4. 生年月日 *

受講希望者の生年月日を入力してください。

例: 2019年1月7日

5. 自宅の郵便番号(半角、ハイフンなし) *

自宅の郵便番号 半角数字、ハイフンなしで入力してください。 (例) 5148552

6. 自宅の住所(番地、ハイフンも含めすべて全角) *

自宅の住所を県名からすべて全角で入力してください。ハイフンなどの記号、英数字もすべて全角で入力してください。 (例) 三重県津市桜橋1000-1 ABC
アパート101号室

7. 本人電話番号(半角- (半角ハイフン) あり) *

半角- (半角ハイフン) ありで入力してください。 (例) 059-213-0533

現在の勤務状況について

8。 現在事業所等にお勤めですか。 *

1つだけマークしてください。

はい 質問9にスキップします

いいえ 質問19にスキップします

お勤め先の情報

9。 現職名 *

10。 お勤め先の法人名 *

11。 お勤め先の事業所名または所属名 *

12. 事業種別について（複数回答可）*

現在所属している事業所の種別についてご回答ください。なお、選択肢にない場合や、現在、障害福祉サービス事業所以外に所属している方は「その他」の欄に詳細を記入してください。ご不明な場合は、各事業所の所属長等にお問合せください。

当てはまるものをすべて選択してください。

- 療養介護
- 生活介護
- 施設入所支援
- 自立訓練（機能訓練）
- 共同生活援助
- 自立支援生活援助
- 自立訓練（生活訓練）
- 就労移行支援
- 就労継続支援A型
- 就労継続支援B型
- 就労定着支援
- 児童発達支援
- 放課後等デイサービス
- 居宅訪問型児童発達支援
- 保育所等訪問支援
- 福祉型児童発達支援センター
- 福祉型障害児入所施設
- 医療型障害児入所施設
- その他: _____

13. お勤め先の郵便番号(半角、ハイフンなし)*

お勤め先の郵便番号を半角数字、ハイフンなしで入力してください。（例）5148552

14. お勤め先の事業所住所*

お勤め先の住所を県名からすべて全角で入力してください。（ハイフンなどの記号、英数字もすべて全角で入力してください。）（例）三重県津市桜橋2丁目131 社会福祉会館2階

15. お勤め先の電話番号（半角、-（半角ハイフン）あり）*
半角-（半角ハイフン）ありで入力してください。（例）059-213-0533
-

16. お勤め先のFAX番号（半角、-（半角ハイフン）あり）*
半角-（半角ハイフン）ありで入力してください。
（例）059-213-0305
※FAXのない方は『FAXなし』と記入してください。
-

17. 同一事業所内における優先順位*

同一事業所内で、お申し込みをした方が複数いる場合、申込人数のうちの優先順位をお答えください。

（例）同一事業所内で2名申し込みのうち、三重花子は優先順位2番目の場合、『お申込者2人中、優先順位2番目』を選択。

1つだけマークしてください。

- 事業所内での申込者は1人のみである
- お申込者2人中、優先順位1番目
- お申込者2人中、優先順位2番目
- お申込者3人中、優先順位1番目
- お申込者3人中、優先順位2番目
- お申込者3人中、優先順位3番目
- お申込者4人中、優先順位1番目
- お申込者4人中、優先順位2番目
- お申込者4人中、優先順位3番目
- お申込者4人中、優先順位に4番目
- その他: _____

18. 申込理由 *

1つだけマークしてください。

- 現任者の交代としてサビ管又は児発管として配置予定のため。
- 新規立ち上げ事業所で、サビ管又は児発管として配置予定のため。
- 予備要員だが、今後数年以内にサビ管又は児発管として配置予定のため。
- 現任者が不在となっており、サビ管又は児発管として配置予定のため。
- 現在、サビ管又は児発管としてみなし配置されているため。

配置予定に関して（本人の情報）

実践研修修了後の、サビ管または児発管としての従事予定に関してお答えください。

※実践研修の受講には、**配置予定先からの推薦**が必要です。

19. 従事予定に関して：実践研修修了後に従事する予定の職種について、あてはまるものを下記から選択してください。 *

1つだけマークしてください。

- サービス管理責任者として配置予定
- 児童発達支援管理責任者として配置予定

20. サビ児管としての配置予定先は、現在所属の事業所と同一ですか *

1つだけマークしてください。

- はい 質問 28 にスキップします
- いいえ 質問 21 にスキップします
- 現在は事業所に所属していない 質問 21 にスキップします

配置予定に関して（配置予定先の情報）

21. 配置予定先の法人名 *

22. 配置予定先の事業所名または所属名 *

23. 事業種別について（複数回答可） *

配置予定先の事業所の種別についてご回答ください。なお、選択肢にない場合やご不明な場合は、各事業所の所属長等にお問合せください。

当てはまるものをすべて選択してください。

- 療養介護
- 生活介護
- 施設入所支援
- 自立訓練（機能訓練）
- 共同生活援助
- 自立支援生活援助
- 自立訓練（生活訓練）
- 就労移行支援
- 就労継続支援A型
- 就労継続支援B型
- 就労定着支援
- 児童発達支援
- 放課後等デイサービス
- 居宅訪問型児童発達支援
- 保育所等訪問支援
- 福祉型児童発達支援センター
- 福祉型障害児入所施設
- 医療型障害児入所施設
- その他: _____

24. 配置予定先の郵便番号(半角、ハイフンなし) *

配置予定先の郵便番号を半角数字、ハイフンなしで入力してください。（例）

5148552

25. 配置予定先の事業所住所 *

配置予定先の住所を県名からすべて全角で入力してください。（ハイフンなどの記号、英数字もすべて全角で入力してください。）（例）三重県津市桜橋2丁目131
社会福祉会館2階

26. 配置予定先の電話番号（半角、-（半角ハイフン）あり）*

半角、-（半角ハイフン）ありで入力してください。（例）059-213-0533

27. 配置予定先のFAX番号（半角、-（半角ハイフン）あり）*

半角、-（半角ハイフン）ありで入力してください。※FAXのない方は『FAXなし』と記入してください。（例）059-213-0305

申込・受講の要件に関する事項

申込・受講の要件に関する事項を入力してください。

28. 【確認】配置予定先からの推薦に関して *

実践研修の受講には、サビ児管として配置される予定の事業所（事業所長）からの推薦が必要です。郵送物をご準備いただく際には、配置予定先の事業所長から推薦を得て『推薦書』を提出してください。

1つだけマークしてください。

上記内容について確認しました。

29。 基礎研修の受講歴に関して：下記の設問であてはまるものを選択して下さい*

1つだけマークしてください。

- 令和元年度に基礎研修を修了
- 令和2年度に基礎研修を修了
- 令和3年度に基礎研修を修了
- 令和4年度に基礎研修を修了
- 令和5年度に基礎研修を修了
- 令和6年度に基礎研修を修了
- その他: _____

30。 基礎研修の修了証書に関して：下記の設問であてはまるものを選択してください。*

本設問でお答えいただいた修了証書を、郵送にてご提出ください。

なお、**ご提出いただいた修了証書の種類に基づき、実践研修の修了証書を発行いたします。**

1つだけマークしてください。

- サービス管理責任者の基礎研修修了証書を所持
- 児童発達支援管理責任者の基礎研修修了証書を所持
- サビ管・児発管両方の基礎研修修了証書を所持

31。 今回の受講申込の根拠*

1つだけマークしてください。

- 基礎研修修了以降の2年以上のOJT（実務経験）に基づく申込である
質問 32 にスキップします
- 「サービス管理責任者等実践研修 OJT 期間短縮の例外規定」に基づく申込である
質問 33 にスキップします

基礎研修修了以降の2年以上のOJT（実務経験）に基づく申込である方へ

- 32。 基礎研修修了後の実務経験年数について：**基礎研修修了日から令和7年1月***
19日までの間の、相談支援業務、直接支援業務の実務経験年数の合計を選択してください。

※ただし、令和2年1月20日以降でカウントしてください。

•

1つだけマークしてください。

- 直接支援業務を2年以上
- 相談支援業務を2年以上
- 直接支援業務と相談支援業務を合わせて2年以上
- その他: _____

質問 35 にスキップします

「サービス管理責任者等実践研修 OJT 期間短縮の例外規定」に基づく申込である方へ

- 33。 「サービス管理責任者等実践研修 OJT 期間短縮の例外規定」に基づく申込を*
する方は、別途、指定権者(三重県庁障がい福祉課)への届出等の手続きが必要です。手続きをしていますか？

届出等の手続き窓口は「三重県障がい福祉課(059-224-2215)」です。

※「三重県社会福祉協議会」ではありません。

届出等の詳細はこちら：

https://www.pref.mie.lg.jp/SHOGAIC/HP/90507000001_00001.htm

1つだけマークしてください。

- 既に三重県障がい福祉課に手続きをしている
- これから三重県障がい福祉課に手続きをする予定だ
- その他: _____

34. 基礎研修修了後の実務経験年数について：**基礎研修修了日から令和7年1月19日までの間に、6ヶ月以上の「個別支援計画の原案の作成までの一連の業務」**の実務経験がありますか？ *

※ただし、令和2年1月20日以降でカウントしてください。

1つだけマークしてください。

ある

受講に関する確認事項

この項目は受講決定時の参考にするためにお聞きします。受講要件や優先順位の考慮には含まれません。

35. 【オンライン受講に関する特記事項】本研修の講義はYouTube配信によって行います。別紙2（オンライン受講に関する留意事項）をお読みいただき、オンライン研修に適切な受講環境をご準備可能ですか？ *

1つだけマークしてください。

オンライン研修を受講可能な環境がある

環境を用意することができない

その他: _____

36. 「福祉業界」での経験年数をお答えください。 *

(例) 老人ホームで8年（直接支援）、特別支援学校で5年（相談支援）など。自由記述。

37. 研修を受講するにあたり、配慮が必要な事項（手話通訳・要約筆記など）がある方はご記入ください。

配慮が必要な場合、研修受講に際し、どの程度の配慮が必要かについても具体的に記載してください。

（例）難聴。グループワークでは個室である必要はないが、聞き取れない場合があるため要約筆記が必要。

その他確認事項

Googleフォームおよび郵送物についてお問い合わせをする場合がございます。事務担当者についてお答えください。

38. 申込に関する事務担当者 *

39. 申込に関する連絡先 *

郵送物の確認

40. Googleフォームでの申込は以上となります。フォームの送信後、郵送物をご準備いただき、期日までにご送付ください。（令和6年12月9日（月）消印有効）

詳しくは開催要項をご確認ください。

1つだけマークしてください。

郵送物に関して、了承しました。

アンケート（受講可否の選定とは関係ありません）

41。 これまで自法人・事業所において、人材育成に携わったことがありますか？ *

1つだけマークしてください。

はい

いいえ

42。 法人・事業所がある圏域・地域において、自立支援協議会に参画したことがありますか？ *

1つだけマークしてください。

はい

いいえ

43。 個別支援計画の作成に携わったことはありますか？ *

1つだけマークしてください。

はい

いいえ

このコンテンツは Google が作成または承認したものではありません。

Google フォーム