

令和 3 年度三重県サービス管理責任者・児童発達支援管理責任者基礎研修

申し込みフォーム質問事項

1 基本情報 ※全員必須

①	氏名(漢字、姓と名の間に 1 文字スペース)
②	氏名(全角カタカナ、姓と名の間に 1 文字スペース)
③	生年月日
④	自宅郵便番号(半角、ハイフンなし)
⑤	自宅住所(番地、ハイフンはすべて全角)
⑥	本人電話番号(半角、ハイフンあり)

2 申込者の実務経験等について ※全員必須

①	実務経験年数(該当業務の通算)
②	実務経験に係る資格について
③	事業所内での受講優先順位
④	修了証発行に係る希望(サビ管のみ、児発管のみ、両方)

3 OJT 実施事業所について ※全員必須

①	法人名
②	事業所名
③	所在地(番地、ハイフンはすべて全角)

4 申込理由について ※全員必須

①	今後の配置予定状況について
②	配置予定について(サビ管または児発管)
③	本研修の申込理由★(新規立ち上げ、現任の交代、現任の予備要員)

5 お勤め先の情報 ※申込理由「現任の交代」「現任の予備要員」の方のみ

①	法人名
②	事業所名
③	事業種別
④	事業所郵便番号(半角、ハイフンなし)
⑤	事業所住所(番地、ハイフンすべては全角)
⑥	事業所電話番号(半角、ハイフンあり)
⑦	事業所 FAX 番号(半角、ハイフンあり)
⑧	事務担当者名
⑨	ご本人と事務担当者の勤め先が同じかどうか ⇒異なる場合、事務担当者の勤務先または携帯番号の入力。

★申込理由「新規立ち上げ」を選択した方

①	配置予定法人・事業所名
②	配置予定時期
③	県への申請状況
④	サビ管または児発管の配置予定人数
⑤	利用者予定数

★申込理由「現任の交代」を選択した方

①	現任者名
---	------