

令和7年度三重県サビ管・児発管基礎研修 申込フォーム

*申込期限: 令和7年5月21日(水)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。

***本フォーム送信だけでは申込みは完了しません。要項記載の必要書類を郵送してください。**

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

*お問合せTEL: 059-213-0533 (三重県社会福祉協議会 福祉育成支援課)

* 必須の質問です

1. メールアドレス *

申込にあたっての確認

本研修は、サビ児管として、三重県の事業所に従事予定の方を対象として申込受付をします。他の都道府県からの申込の場合、フォームの送信や書類の郵送をいただいても、受付できませんので、ご注意ください。

2. 事業所の所在地について *

1つだけマークしてください。

☐ 三重県内の事業所に所属しており、県内の事業所でサビ児管として従事予定

☐ 現在、三重県外の事業所に所属しているが、実践研修修了後すぐに三重県内の事業所でサビ児管として従事予定

☐ その他: _____

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。

3。 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

.....

4。 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

.....

5。 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

6。 自宅の郵便番号(半角、ハイフンなし) *

半角数字、ハイフンなしで入力してください。(例) 5148552

.....

7。 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 1 0 0 0ー1 A B C アパート 1 0 1 号室

.....

8。 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

.....

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。

- 9。 【オンライン受講に関する特記事項】別紙5（オンライン講義受講における留意事項）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（YouTube視聴環境）がある
- ☐ 環境を用意することができない（会場受講を希望する）
- ☐ その他:

- 10。 実務経験年数 *

サビ管・児発管の配置の要件となる実務経験について、令和7年5月30日時点(見込み可)の実務経験年数（通算）を入力してください。

（例）放課後等デイサービスで児童指導員を4年9カ月

.....

.....

.....

.....

- 11。 実務要件に係る資格等(複数回答可)

実務要件に係る資格等をお持ちの方はご記入ください。

（例）精神保健福祉士、訪問介護員2級、社会福祉主事任用資格

.....

.....

.....

.....

- 12。 実務経験について

1つだけマークしてください。

- ☐ 現時点で実務経験の要件を満たしている(2年前倒し等でない)
- ☐ 2年前倒し等の受講要件のみ満たしている

13. 相談支援従事者初任者研修の受講歴 *

相談支援従事者初任者研修の受講歴に関して、あてはまるものを選択してください。

1 つだけマークしてください。

- ☐ 令和6年度以前に『相談支援従事者初任者研修講義部分』を受講（受講証明書を所持）
- ☐ 令和6年度以前に『相談支援従事者初任者研修』を修了（修了証書を所持）
- ☐ 令和7年度に『三重県相談支援従事者初任者研修』（サビ管・児発管コース）【合計二日間】を受講予定（申込後「エントリー完了」メールを受信している）
- ☐ その他:

OJTの実施先に関して

基礎研修修了日以後、実践研修受講開始日前の5年間に通算して2年以上、事業所において一定のサービス管理責任者等の業務をととして受講者の人材育成を図る必要があります。OJT実施先を確定しておいてください。

ただし一定の要件を満たす者は、例外的に6ヶ月で実践研修を受講できる場合があります。詳しくは、令和5年6月30日付「サービス管理責任者等に関する告示の改正について」を参照してください。

14. OJT実施先の法人名 *

.....

15. OJT実施先の事業所名 *

.....

16. OJT実施先の事業所住所 *

OJT実施先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3000-1

.....

17. 基礎研修修了後のOJT期間及び実践研修の受講時期について *

「OJT期間短縮のための例外規定」に基づき実践研修(特に年度内)の受講を予定している方は、届出書等を県庁宛に速やかに提出してください。詳細は三重県のHPをご確認ください。

1 つだけマークしてください。

☐ 基礎研修修了後、2年間のOJTを経て、実践研修を受講予定。

☐ 「OJT期間短縮のための例外規定」の申請を県庁に行い、6ヶ月のOJT(個別支援計画書作成等)を経て、実践研修を受講予定。

☐ その他:

現在、事業所にお勤めですか？

18. 現在、事業所等にお勤めですか *

障害福祉サービス事業所の方、それ以外の方ともに、現在の所属状況についてご回答ください。

1 つだけマークしてください。

☐ はい

☐ いいえ 質問 28 にスキップします

お勤め先の情報

申込者が現在所属している事業所の情報を入力してください。

19. 現職名 *

.....

20. お勤め先の法人名 *

.....

21. お勤め先の事業所名または所属名 *

.....

22. 事業種別について(複数選択可) *

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
- ☐ 福祉型障害児入所施設
- ☐ 医療型障害児入所施設
- ☐ その他:

23. 事業所郵便番号(半角、ハイフンなし) *

半角数字、ハイフンなしで入力してください。(例) 5148552

.....

24. 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

.....

- 25。 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

- 26。 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

- 27。 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: _____

配置予定に関して

基礎研修修了後のOJT及び実践研修修了後の、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。

※制度の改正に伴い、令和4年度受講者から、基礎研修修了後、一定期間のOJT及び実践研修を修了しなければ、サビ管または児発管としての配置ができません。

28。 従事予定の業務について *

基礎研修修了後のOJT及び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。

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

29。 配置予定事業所の状況と申込理由について *

本研修の申込理由、配置予定の事業所の状況をお答えください。

1 つだけマークしてください。

- ☐ 新規立ち上げ 質問 40 にスキップします
- ☐ 現任者の交代 質問 30 にスキップします
- ☐ 現任者の予備要員 質問 30 にスキップします
- ☐ 現任者の不在（減算となっている） 質問 36 にスキップします
- ☐ その他: _____

「現任の交代」「現任者の予備要員」を選択した方へ

30。 現任者名 *

姓と名の間に1文字スペースを開けてください。

31. 配置予定時期 *

「サービス管理責任者」または「児童発達支援管理責任者」として配置される予定時期を入力してください。

※配置されるには、基礎研修修了後のOJT期間の後、実践研修を受講する必要があります。下記選択肢以外の場合は「その他」に具体的な時期を記入してください。

1 つだけマークしてください。

- ☐ 令和10年(2028年)4月 ★2年のOJTを経て実践研修の修了証書発行後、1人目のサビ児管として配置
- ☐ 令和7年(2025年)8月～ ★基礎研修修了後、2人目以降のサビ児管として配置
- ☐ 令和8年(2026年)4月～ ★基礎研修修了後、例外規定に基づき半年のOJTを経て実践研修を受講。その後1人目のサビ児管として配置。
- ☐ その他:

32. 配置予定の事業所について *

1 つだけマークしてください。

- ☐ 現在所属の事業所 質問47 にスキップします
- ☐ それ以外 質問38 にスキップします

質問38 にスキップします

「その他」を選択した方へ

33. 「その他」の理由を記入してください。 *

1 つだけマークしてください。

- ☐ 増員のため
- ☐ その他:

34. 配置予定時期 *

「サービス管理責任者」または「児童発達支援管理責任者」として配置される予定時期を入力してください。

※配置されるには、基礎研修修了後のOJT期間の後、実践研修を受講する必要があります。下記選択肢以外の場合は「その他」に具体的な時期を記入してください。

1 つだけマークしてください。

☐ 令和10年(2028年)4月 ★2年のOJTを経て実践研修の修了証書発行後、1人目のサビ児管として配置

☐ 令和7年(2025年)8月～ ★基礎研修修了後、2人目以降のサビ児管として配置

☐ 令和8年(2026年)4月～ ★基礎研修修了後、例外規定に基づき半年のOJTを経て実践研修を受講。その後1人目のサビ児管として配置。

☐ その他:

35. 配置予定の事業所について *

1 つだけマークしてください。

☐ 現在所属の事業所 質問47 にスキップします

☐ それ以外 質問38 にスキップします

質問38 にスキップします

「現任者の不在（減算となっている）」を選択した方へ

36. 配置予定時期 *

「サービス管理責任者」または「児童発達支援管理責任者」として配置される予定時期を入力してください。

※配置されるには、基礎研修修了後のOJT期間の後、実践研修を受講する必要があります。下記選択肢以外の場合は「その他」に具体的な時期を記入してください。

1 つだけマークしてください。

☐ 令和10年(2028年)4月 ★2年のOJTを経て実践研修の修了証書発行後、1人目のサビ児管として配置

☐ 令和7年(2025年)8月～ ★基礎研修修了後、2人目以降のサビ児管として配置

☐ 令和8年(2026年)4月～ ★基礎研修修了後、例外規定に基づき半年のOJTを経て実践研修を受講。その後1人目のサビ児管として配置。

☐ その他:

37。 配置予定の事業所について *

1 つだけマークしてください。

☐ 現在所属の事業所 質問47 にスキップします

☐ それ以外 質問38 にスキップします

配置予定先の情報について

38。 配置予定法人・事業所名 *

.....

39。 配置予定先の事業種別について *

複数選択可。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。なお、選択肢にない場合は、「その他」にご記入ください。

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
- ☐ 福祉型障害児入所施設
- ☐ 医療型障害児入所施設
- ☐ その他:

質問47 にスキップします

「新規立ち上げ」を選択した方へ

40。 新規立ち上げ先は三重県ですか？ *

1 つだけマークしてください。

☐ はい

☐ いいえ

41。 配置予定法人・事業所名

法人名・事業所名が現在時点で未定の場合は「未定」とご回答ください。

.....

42。 配置予定先の事業種別について *

複数選択可。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。なお、選択肢にない場合は、「その他」にご記入ください。

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

☐ 福祉型障害児入所施設

☐ 医療型障害児入所施設

☐ その他:

43。 配置予定時期 *

「サービス管理責任者」または「児童発達支援管理責任者」として配置される予定時期を入力してください。

※配置されるには、基礎研修修了後のOJT期間の後、実践研修を受講する必要があります。下記選択肢以外の場合は「その他」に具体的な時期を記入してください。

1 つだけマークしてください。

☐ 令和10年(2028年)4月 ★2年のOJTを経て実践研修の修了証書発行後、1人目のサビ児管として配置

☐ 令和7年(2025年)8月～ ★基礎研修修了後、2人目以降のサビ児管として配置

☐ 令和8年(2026年)4月～ ★基礎研修修了後、例外規定に基づき半年のOJTを経て実践研修を受講。その後1人目のサビ児管として配置。

☐ その他:

44。 県への新規立ち上げの申請状況 *

1 つだけマークしてください。

☐ 既に申請している

☐ 申請の準備中

☐ まだ申請をしていない

☐ 今年度申請できる見込みがない

☐ その他:

45。 サビ管または児発管の配置予定人数 *

.....

46。 利用者予定人数 *

.....

研修受講に関する特記事項

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

過去には、音が聞き取りづらいというお申し出があった方には別室受講をしたり、妊娠中とお申し出のあった方は出入り口に近い配席にしたりしています。お申し出がないと、当日対応が難しい場合があります。

研修受講にかかる質問事項

下記の質問は研修時のグループ分け等の参考にするためにお伺いします。（受講要件ではありません）

- 48。 「福祉業界」での経験年数をお答えください＊

（例）特別養護老人ホームで8年（直接支援）、放課後等デイサービスで5年（相談支援業務）など。自由記述。

※おおよその年数で構いません。

申込情報に関する問い合わせ先

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。事務担当者に関してお答えください。

- 49。 申し込みに関する事務担当者名＊

50。 申し込みに関する連絡先 *

郵送物の確認

51。 Googleフォームでの申込は以上となります。以下の質問を確認のうえ、了承 *

いただける場合は「✓」をしてください。

詳しくは開催要項をご確認ください。

当てはまるものをすべて選択してください。

☐ フォームの送信後、必要書類を期日までに郵送します。(令和7年5月21日(水) 必着)

☐ 入力内容が登録アドレスへ送信されますので、控えとして保存します。

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