**明石市サービス管理責任者・児童発達支援管理責任者実践研修**

**「受講希望の確認書」**

（様式２　受講希望者）

※　2022年度、2023年度に明石市で実施した基礎研修を修了した者に限ります。

※　受講希望者について、以下のいずれかの要件を満たしていることを確認の上、提出してください。

　　　□　基礎研修修了後、研修開始日前までにＯＪＴ（相談支援業務又は直接支援業務）期間が通算して２年以上

　　　□　実務経験が通算して6か月以上であり、以下のいずれの要件も満たすもの

　　　　①　サービス管理責任者等基礎研修受講開始時に、実務経験要件を満たしている。

　　　　②　障害福祉サービス等事業所・施設において、個別支援計画（原案）作成業務に6か月以上従事している。

　　　　③　要件②に従事することについて、指定権者へ届出（様式19、様式19-1）を行っている。

|  |  |
| --- | --- |
| 法人名 |  |
| 事業所名 |  |

優先順位①

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 受講希望者氏名 | （フリガナ） | 基礎研修修了状況 | （修了年月日）  （修了証書番号） |

優先順位②

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 受講希望者氏名 | （フリガナ） | 基礎研修修了状況 | （修了年月日）  （修了証書番号） |

優先順位③

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 受講希望者氏名 | （フリガナ） | 基礎研修修了状況 | （修了年月日）  （修了証書番号） |

優先順位④

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 受講希望者氏名 | （フリガナ） | 基礎研修修了状況 | （修了年月日）  （修了証書番号） |

優先順位⑤

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 受講希望者氏名 | （フリガナ） | 基礎研修修了状況 | （修了年月日）  （修了証書番号） |

上記「受講希望の確認書」の提出をもって、市の研修の申込みが完了ではありません。

後日送付する、市の「募集要項」を確認のうえ、再度の申込みが必要となります。