

# 記載例

(別紙)

## 令和7年度山梨県サービス管理責任者及び児童発達支援管理責任者更新研修

### 受講申込書

申込日 令和 ○年 ○月 ○日

法人名 (福) やまなし福祉会

事業所名 たけだしんげん事業所

代表者職・氏名 所長 山梨 一郎 印

標記研修の受講者として次の者を推薦します。

事業所の代表者氏名・印  
をお願いします。

#### 【受講希望者の基本情報】

| 氏名                                                                                                                                             | ふりがな     | 性別          | 生年月日           | 年齢 |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------|-------------|----------------|----|
| サビ管 太郎                                                                                                                                         | さびかん たろう | 男・女         | (昭和・平成) 2年3月4日 | 35 |
| 現在の役職                                                                                                                                          |          | 従事年数(現在の法人) |                |    |
| サービス管理責任者                                                                                                                                      |          | 8年          |                |    |
| (1) サビ管等実践研修の修了年度(※1) ( R2 . . ) 年度修了                                                                                                          |          |             |                |    |
| (2) サビ管等更新研修の修了年度(※2) ( . . ) 年度修了                                                                                                             |          |             |                |    |
| ①山梨県での法定研修(サービス管理責任者・児童発達支援管理責任者、相談支援従事者等研修)での講師やファシリテーターでのご経歴やご経験がございましたら、具体的にご記入ください。                                                        |          |             |                |    |
| 令和5年度サービス管理責任者・児童発達支援管理責任者更新研修でファシリテーターを行った。                                                                                                   |          |             |                |    |
| ②現法人事業所入職から現在に至るまでの経歴と今更新研修の受講参加に関しての経緯や意気込み等をご記入ください。                                                                                         |          |             |                |    |
| 平成24年入職後、平成30年4月から 通所生活介護のサービス管理責任者業務にあたる今年度サービス管理責任者としての資格が失効するため。そして、サービス管理責任者として、自己業務の省察、地域ネットワークの構築の向上、自身のスキルアップ図り利用者支援はじめチーム支援力を向上させたいため。 |          |             |                |    |
| ③自身の地域自立支援協議会の参画や関りに関して、具体的にご記入ください。                                                                                                           |          |             |                |    |
| 自立支援協議会、就労部会部会長として、令和5年4月から現在まで活動している。                                                                                                         |          |             |                |    |

#### 【所属事業所の基本情報】

|        |                             |
|--------|-----------------------------|
| 所在地    | 〒123-4567<br>山梨県〇〇市△△8-9-10 |
| サービス種別 | 就労継続支援B型                    |
| 電話番号   | 000-123-4567                |

|         |                                 |
|---------|---------------------------------|
| メールアドレス | furinkazan@takeda.shingen.ne.jp |
| 担当者氏名   | 児発管 花子                          |

【希望する日程】（受講を希望される日程を✓してください）※3

| ✓ | 開催日                                | 参考 |
|---|------------------------------------|----|
| ✓ | A日程：令和7年11月27日（木）<br>令和7年11月28日（金） |    |
|   | B日程：令和7年12月11日（木）<br>令和7年12月12日（金） |    |
|   | 特に希望はありません                         |    |

※1 平成30年度までに旧カリキュラムの研修を修了している場合のみ記載不要です。

※2 複数ある場合は、すべて記載してください。

※3 申し込み状況によってはご希望に添えない場合もありますので、あらかじめご了承ください。

**◇申込期限：令和7年10月25日（土）16：00 必着**