

北海道サービス管理責任者基礎研修及び児童発達支援管理責任者基礎研修受講申込書

記入にあたっての注意事項はこちら

申込み研修名称と合っているかを確認してから申し込みます。

*は、必須項目です。

申込受付 8月16日～8月29日 講習日程 10月3日～10月10日
実習日程 10月17日～18日 (ZOOM) ②10月24日～25日 (集合)
事後講義 ①10月18日～23日 ②10月25日～30日

申込受付期間等が古い場合や、申込みフォームが表示されない場合は、ブラウザを更新 (F5 ボタンを押す) してください

項 目	入 力 事 項
●研修種別	<input type="radio"/> サービス管理責任者基礎研修 <input checked="" type="radio"/> 児童発達支援管理責任者基礎研修
●演習日程 (※申込状況により調整)	* 10月17日～18日 (ZOOM) <input type="radio"/> 10月24日～25日 (集合) <input type="radio"/> どちらでもよい
演習日程の理由	上記日程を希望する理由 パソコン操作が苦手なため、集合での演習を希望する。又は、前日程は既に事業所の行事が

研修種別【必須】
受講する研修種別を選択します。

演習日程の希望【必須】
選考後に日程の振り分けをするため、必ずしも希望通りにはなりませんので、ご了承ください。
演習日程の理由は他の日程ではダメな場合理由を記載してください。
理由がない場合は申込状況により日程を調整することがあります。

受講者情報	ふりがな (姓) はっかい はなこ
	●「はっかい」 はなこ 氏 名 (姓) 北野 花子
	●「はなこ」 姓 名
	児童発達支援
生年月日	* (昭和) 50 年 (12) 月 31 日
性 別	* <input checked="" type="radio"/> 男 <input type="radio"/> 女 <input type="radio"/> その他

受講者情報
ふりがな、氏名、生年月日、性別【必須】
現職名は、特にない場合は空欄で構いません。

所属情報 (所属している事業所の 情報を入力)	法人名 (行政の場合は自治体名を入力) (例) はっかいどうふくし
	事業所名 児童発達支援サービスはっかいどうふくし
	郵便番号 (〒角7桁/ハイフン不要 例: 0640808)
	0640808
	住 所 *札幌市中央区南2条西2丁目 市民活動プラザ豊島305
	電話番号 (〒角10桁/ハイフン不要 例: 0115218551)
	0115218551
FAX番号 (〒角10桁/ハイフン不要 例: 0115218551)	
0115218551	
*メールアドレス (※角)	
hon-net@*****.ac.jp	

所属情報
住所及びメールアドレス【必須】
現所属の法人名、事業所名、郵便番号、電話番号、FAX 番号を記入
※現所属と異なる法人からの推薦で申込み場合は、法人名・事業所名は空欄、住所は自宅等を記入してください。
※メールアドレスは一人1つ必要です。入力間違いのないように気を付けてください。

受講可否通知の宛先 (所属情報と異なる場合のみ入力)	郵便番号 (〒角7桁/ハイフン不要 例: 0640808)
	0000000
	住 所 札幌市中央区南4条西1丁目 〇〇マンションA号室
向 て 先 (事業所または自宅の場合は法人名を入力) (例) はっかいどうふくし 法人本部 北野太郎宛て	
電話番号 (〒角10桁/ハイフン不要 例: 0115218551)	

受講可否通知の宛先
現所属と異なる住所へ受講可否通知を郵送して欲しい場合は、こちらに記入 (所属と同じ場合は空欄で良い)
※事業所開設予定のため所在地が確定しない等の場合に、郵便物の受取が可能なる宛先 (受講申込者の自宅住所、宛名等) を記入します。

サービス管理責任者又は児童発達支援管理責任者として配置する事業所の状況	●設置状況 (どちらかを選択)	*新設予定の事業所 西暦 2026 年 12 月
		<input type="radio"/> すでにある事業所 西暦 〇〇 年 12 月
	法人・事業所名称 (事業所番号)	法人名 (例) はっかいどうふくし 事業所名 児童発達支援サービスはっかいどうふくし (※予定の場合は空欄可) 事業所番号 (※角) (※指定前の場合は空欄可)
	障害福祉サービス種別等 (事業所が提供するサービスについて選択)	札幌市中央区 (又は西区) (※予定の場合は市町村記入) <input type="checkbox"/> 療養介護 <input type="checkbox"/> 生活介護 <input type="checkbox"/> 自立訓練(機能訓練) <input type="checkbox"/> 自立訓練(生活訓練) <input type="checkbox"/> 共同生活援助 <input type="checkbox"/> 自立生活援助 <input type="checkbox"/> 就労移行支援 <input type="checkbox"/> 就労継続支援 <input type="checkbox"/> 就労定着支援 <input type="checkbox"/> 施設入所支援 障害者児通所・入所支援

サビ管又は児発管として配置予定の事業所の状況

設置状況【必須】

※異動や新設の場合は、研修受講後にサビ管・児発管として配置される予定の事業所の情報を記入してください。

事業所名・事業所番号が確定していない場合は空欄で構いません。住所については、市町村名等決まっている部分を記入します。

※障害福祉サービス等についても、法人全体ではなく配置予定の事業所で実施しているものを選択します。

実務経験 (該当する箇所に経験年数を記入) 別紙3、別紙4	サビ管	①	年〇ヶ月	相談支援業務（別紙3①）
		②	年〇ヶ月	社会福祉士主任任用資格等を有するものによる直接支援の業務（別紙3②）
		③	年〇ヶ月	社会福祉士主任任用資格等を有しないものによる直接支援の業務（別紙3③）
		④	年〇ヶ月	国家資格等による業務に満員3年以上従事している者による相談支援の業務及び直接支援の業務（別紙3④）
	児発管	⑤	年〇ヶ月	相談支援業務（別紙4①）
		うち	年〇ヶ月	上記のうち、別紙4のⅢの期間を除いた期間
		⑥	年〇ヶ月	社会福祉士主任任用資格等を有するものによる直接支援の業務（別紙4②）
		うち	年〇ヶ月	上記のうち、別紙4のⅢの期間を除いた期間
	⑦	11年2ヶ月	社会福祉士主任任用資格等を有しないものによる直接支援の業務（別紙4③）	
	うち	6年2ヶ月	上記のうち、別紙4のⅤの期間を満員した期間を除いた期間	
	⑧	年〇ヶ月	国家資格等による業務に満員5年以上従事している者による相談支援の業務及び直接支援の業務（別紙4④）	
	うち	年〇ヶ月	上記のうち、別紙4のⅤ、Ⅵの期間を満員した期間を除いた期間	

サビ管になる方は

①～④のいずれかに
実務経験年数を入力

児発管になる方は

⑤～⑧のいずれかに
実務経験年数を入力

※老人福祉施設等での
実務経験を除いた期間

(うち数)を

「うち〇年〇ヶ月」

と入力

実務経験（サビ管＝別紙3、児発管＝別紙4 参照）

該当する実務経験を選択し、従事した年月数を正確に記入してください。児童発達支援管理責任者については実務経験に対して老人福祉施設等を除いた期間（うち数）をご確認のうえ、記入をお願いします。

サビ管・児発管として配置するために必要な実務経験年数を満たす2年前から基礎研修の受講対象となります。「**実務経験年数**（児発管の場合うち数も）」が未記載の場合は受講要件を満たしているかが分からず、選考ができませんのでご注意ください。

※児童発達支援管理責任者の実務経験の例

例1) 保育士資格があり、保育所（Ⅱ－①）で2年働いたのち、仕事をやめ、7年間のブランクの後、子育て支援センター（子育て短期支援事業所（Ⅱ－②））で週5日のパートで3年働き、放課後等デイサービス（障害児通所支援事業（Ⅱ－②））で正職員として働き始めて1年5カ月が経っている。

→⑥の実務経験に該当 2年+3年+1年5カ月 = **6年5カ月**

うちⅢを除く期間は6年5カ月－（除く期間はなし） = **6年5カ月**

例2) 資格は持っておらず、知的障害者の入所施設（障害児入所施設（Ⅳ－Ⅱ－①））で2年半、特別養護老人ホーム（老人福祉施設（Ⅴ））で5年、放課後等デイサービス（障害児通所支援事業所（Ⅳ－Ⅱ－②））で働き3年8カ月が経つ。

→⑦の実務経験に該当 2年6か月+5年+3年8か月 = **11年2カ月**

うちⅤを除く期間は11年2カ月－5年 = **6年2カ月**

例3) 社会福祉士の資格があり、老健施設（介護老人保健施設（Ⅲ））で相談員として4年働き、地域包括支援センター（Ⅲ）で相談員として2年働き、放課後等デイサービス（障害児通所支援事業（Ⅱ－②））の児童指導員に転職して、3年4ヶ月が経つ。

→⑧の実務経験に該当 4年+2年+3年4ヶ月 = **9年4カ月**（国家資格活用は6年）

うちⅢ、Ⅴを除く期間は9年4カ月－4年－2年 = **3年4カ月**

受講に対する必要な配慮

配慮が必要な場合は選択・記入

申込後に詳細を確認させていただく場合があります。また、ご希望に十分対応できない場合もありますので、ご了承ください。

受講に対する必要な配慮	<input type="checkbox"/> 車イス使用 <input type="checkbox"/> 手話通訳必要 <input type="checkbox"/> 拡大文字資料必要 <input type="checkbox"/> ルビ付き資料必要 <input type="checkbox"/> その他：〔配慮が必要な場合は記載〕
-------------	--

研修の受講（修了）状況① 「修了済み」の場合

相談支援従事者研修（初任者・サビ管／児発管向けの受講）【必須】

- ・修了済みの場合は「修了済」を選択し
- ・①相談支援受講（修了）歴に「区分（終了した研修名）」「修了年月日」「証書番号」を記載してください。（証書番号は半角、「第」「号」等は省略）

※CM ネット以外で研修を修了された場合は修了証書の控えを FAX（011-521-8551）してください。

<相談支援従事者研修〔サービス管理責任者/児童発達支援管理責任者向け研修〕修了の場合>

研修の受講（修了）状況 ※「記入にあたっての注意事項」を確認し、複数受講されている場合は、修了年度が一番古いものを記載してください。	★相談支援従事者研修 （初任者・サビ管／児発管向けの受講）	<input checked="" type="radio"/> 修了済（①へ） <input type="radio"/> 受講・申込中（②へ） <input type="radio"/> 申込予定（②へ）
	①相談支援受講（修了）歴	区分（選択してください） 相談支援従事者研修〔サービス管理責任者/児童発達支援管理責任者向け研修〕
	②相談支援受講予定の年月 ※受講期間が長期にわたる場合、最終の年月を記載	西暦 _____ 年 _____ 月 受講予定

研修の受講（修了）状況② 「未受講」の場合

相談支援従事者研修（初任者・サビ管／児発管向けの受講）【必須】

- ・未受講の場合は、「受講・申込中」又は「申込予定」のいずれかを選択し
- ・②相談支援受講予定の年月に「受講予定年月」を記載してください。

※初任者研修の場合受講期間が長期にわたりますので、最終演習の年月（修了予定年月）を記載してください。

<未受講（受講・申込中）の場合>

研修の受講（修了）状況 ※「記入にあたっての注意事項」を確認し、複数受講されている場合は、修了年度が一番古いものを記載してください。	★相談支援従事者研修 （初任者・サビ管／児発管向けの受講）	<input type="radio"/> 修了済（①へ） <input checked="" type="radio"/> 受講・申込中（②へ） <input checked="" type="radio"/> 申込予定（②へ）
	①相談支援受講（修了）歴	区分（選択してください） 選択してください
	②相談支援受講予定の年月 ※受講期間が長期にわたる場合、最終の年月を記載	西暦 202* _____ 年 10 _____ 月 受講予定

配置が必要な事業所の状況

1. 配置の必要数と修了数

事業所の定員に対して配置する必要があるサビ管・児発管の人数と、
現在研修を全て受講し終わってサビ管・児発管として配置ができる人数を記入します。

★配置が必要な事業所の状況等	1. 配置の必要数と修了数 定員に対し、事業所として配置しなければならないサビ管/児発管の人数 <input type="text"/> 名 研修を終了し、サビ管/児発管として配置可能な人数 <input type="text"/> 名
	2. 配置予定（以下より一つ選択） <input type="radio"/> 【減算】 サビ管等欠損減算中（又はやむを得ない事由によるサビ管等欠損が認められ1年分のみなし配置中）のため、要件を満たし次第配置する。 <input type="radio"/> 【新設】 新しく開設する事業所で、要件を満たし次第配置する。 <input type="radio"/> 【復帰・異動】 退職又は異動の予定があり、要件を満たし次第配置する。 <input type="radio"/> 【育成】 具体的な配置時期は未定だが、退職や異動に備えたい。 <input type="radio"/> その他
	3. 受講が必要な具体的な理由 <small>（上記配置予定と合わせて、受講が必要な具体的な理由を記載してください） 例えば、「現在のサビ管・児発管が続けられない理由」「受講予定者を配置したい理由」等</small>
	4. 同一事業所から複数の申込みする場合の優先順位 <input type="text"/> 人中 <input type="text"/> 位
所属長の推薦	<input type="checkbox"/> この申込は、法人（事業所）としての推薦によるものである。
送信内容のチェック	<input type="checkbox"/> 上記の内容に相違ない。

※送信する前にこのページを印刷して申込控として保存しておくことをお勧めいたします。

2. 配置予定【必須】

「減算又はみなし配置」「新設」「退職又は異動」「育成」「その他」のいずれかを選択します。

3. 受講が必要な具体的な理由【必須】

2と合わせて、詳細な理由を記入します。

例えば…

- ・現在のサビ管・児発管が続けられない理由や、受講予定者を配置したい理由 等
- ・「1. 配置の必要数と修了数」で研修修了者数が配置の必要数を上回る場合は、今いる人が配置できない理由

4. 同一事業所から複数の申込する場合の優先順位

同じ事業所に配置する予定で複数名申込みする場合は、申込者間の優先順位を記入します。

所属長の推薦【必須】

本研修は原則として個人からの申込を受け付けておりません。必ず事業所を運営する法人の責任者からの依頼としての申込となりますので、所属長の推薦を確認してください。

送信内容のチェック【必須】

全て選択・入力した後で、再度送信内容の確認をし、チェックをつけます。

入力が完了したら「送信」ボタンを押してください。

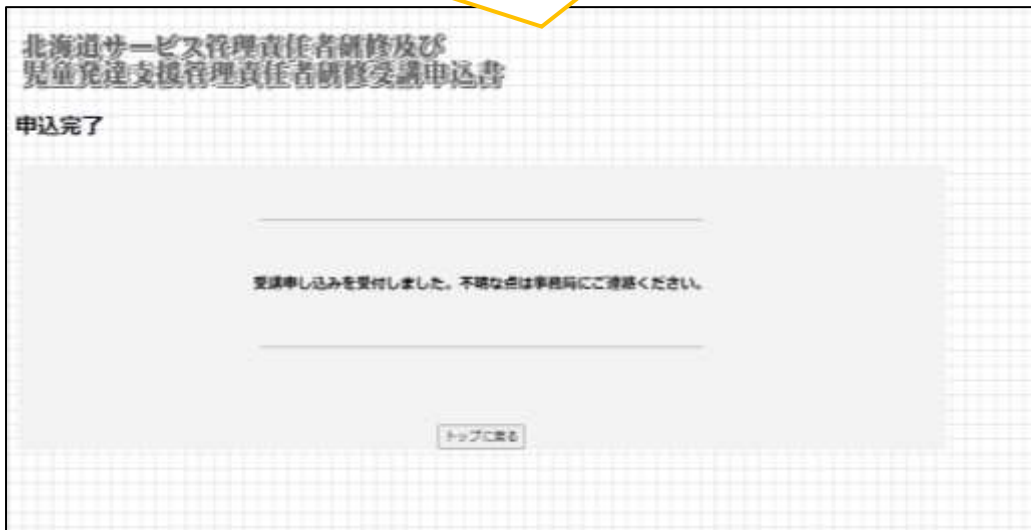
※送信前に申込みページを印刷して申込控えとして保存することをお勧めします。

印刷をして、「送信」ボタンを押し忘れることがありますので、お気を付けください。

「送信」ボタンを押した後の画面について

申込完了画面

受講申込が完了できた場合、この画面が表示されます。




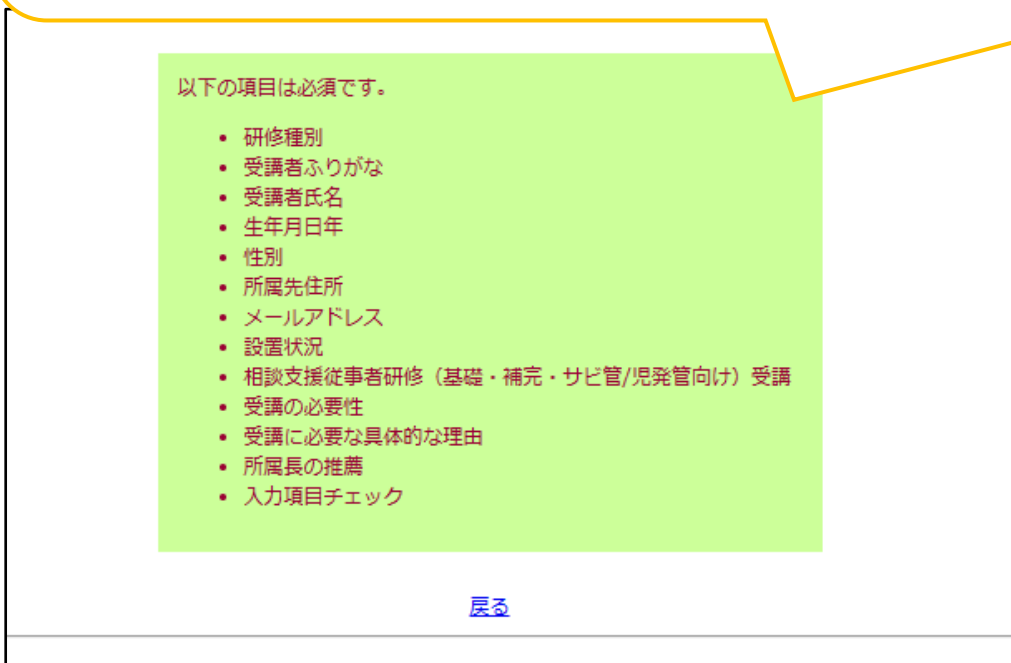
必須項目が入力できていない場合の画面

必須項目が入力できていない場合は、このような画面が表示されます。

※この状態では申込は完了していません。

画面下「戻る」ボタンを押し、表示されていた入力できていない必須項目を入力して、改めて「送信ボタン」を押します。

※画面下の「戻る」ボタンで戻ると、途中まで入力したものは残りますが、ブラウザの戻るボタン（画面右上  ）を押して戻ると、入力内容が消える場合があります。



・受講可否の通知はメール及び郵送です。発送予定日は、「募集要領」の4 研修日程・開催場所・申込受付期間に記載しています。

・郵送が遅れることがあります。「受講可否通知発送予定日」から5日以上経っても届かない場合は、内部の郵便を確認の上、事務局までご連絡ください。

・ご連絡をいただき確認した結果、申込みが受付されていない場合、申込み控えを FAX いただくことがあります。