

令和6年度（2024年度） 【サビ管・児 発管・相談共通】 専門コース別：障がい 児支援 受講申込書

★本研修はスキルアップ研修であり、本研修を受けることで「サービス管理責任者（サビ管）」「児童発達支援管理責任者（児発管）」「相談支援専門員」として従事できるわけではありませんのでご注意ください。

※同日程で、受講対象を拡大した『相談支援事業所・障がい児者のサービス事業所向け障がい児支援のスキルアップ研修（以下、障がい児支援のスキルアップ研修）』（CM ネット自主研修）を開催します。

<受講対象者>

以下のA・Bに該当し、北海道内の事業所で従事している又は従事しようとする者

A サビ管・児発管基礎研修の受講要件を満たす者

B 相談支援従事者研修（現任研修）の受講要件を満たす者

※上記受講対象に該当しないが同内容研修を受講したい場合は、別で募集している『障がい児支援のスキルアップ研修』にお申し込みください。（ただし、こちらの研修は自主研修のため修了証書は発行されません）

<研修の実施方法について>

・ 講義日程（9/5～11の間に3時間程度）及び、演習日程（前期9/19、後期9/26）全日程の受講が必要です

・ 講義日程は、eラーニング（インターネットに接続するパソコンで受講）

・ 演習日程（前期・後期）は、Zoomを使用したオンライン研修です。インターネットに接続するパソコン（カメラ・マイク機能有り）等必要な機材がありますので、募集要領等を確認のうえ申し込んでください。

<申込にあたって>

・ 申込期限 **2024年7月31日（水）** までです。

・ 申込方法 受講希望者1名ずつ必要事項を入力の上、送信してください。

※記載内容と注意事項については、「募集要領の別紙5 申込フォーム記載内容と注意事項」をご確認ください。

※申込内容のコピーをメールで送信する設定にしているため、一番最初にメールアドレスを入力してください。（申込内容のコピーがメールで届かない場合は申込みができていない可能性があります）

<注意事項>

ご記入いただいた情報は、研修事業所指定先である北海道と共有のうえ、本研修の申込事務、受講者選定、受講決定者に関しては研修受講に関する事務、演習時の受講者名簿、修了者名簿として報告・保管、修了証書の再発行事務のために利用します。それ以外の目的で本人の了承なく個人情報を利用及び第三者へ開示することはありません。また、この申込により、これらの目的のための個人情報の利用について申込者から合意があったものとみなします。なお、受講決定者に関しては、受講者名簿として活用する予定です。詳しくは受講決定通知送付の際にお知らせします。

各設問の後ろに* がついているものは必須項目です。入力や選択をしないと次に進む・送信することができません。

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。

最初に記載しているとおり、この研修は「スキルアップ研修」です。この研修を受ける
ことでサビ管・児発管・相談支援専門員として従事できるわけではありません。

メールアドレス*

hcm-net@xxxxxx.jp

受講対象の種別*

受講対象の種別を選択してください
 ※選択肢のうち、最後に受けた（又は受講予定）の研修を選択してください
 ※サビ管・児発管と相談、どちらの条件も満たす方は、どちらか一方を選んでください
 ※サビ管・児発管としての実務経験要件は、募集要領をご確認ください

サビ管・児発管「基礎研修」受講済
 サビ管・児発管「実践研修」受講済
 サビ管・児発管「更新研修」受講済（今年度受講予定を含む）
 サビ管・児発管研修は受講していないが、実務経験要件は満たしている
 相談支援従事者研修（初任者研修）受講後の実務経験が2年以上ある
 相談支援従事者研修（現任研修）又は主任相談支援専門員研修受講済

演習日程の事例選択*

演習日程（前期・後期）は、「幼児期の事例（3歳）」か「学前期の事例（8歳）」のいずれかに分かれて演習を進めます。事例についての希望をチェックしてください。
 ※事例概要は、「募集要領の別紙5 申込フォーム記載内容と注意事項」をご確認ください。

幼児期の事例（3歳）
 学前期の事例（8歳）
 どちらでもよい

次へ

フォームセクリア

Google フォームでパスワードを記憶しないでください。

メールアドレス【必須】
 申込内容のコピーをメールで返信する設定にしているため、最初にメールアドレスを入力してください。（申込内容のコピーがメールで届かない場合は申込みができていない可能性があります）

受講対象の選択【必須】
 選択肢のうち、最後に受けた（又は更新研修については予定も含む）研修を選択してください。
 ※サビ管・児発管と相談、どちらの条件も満たす場合はどちらか一方を選んでください
 ※実務経験要件については募集要領をご確認ください。

演習日程の事例選択【必須】
 演習日程（前期・後期）は、2つの事例に分かれて演習を進めます。
 事例概要は、募集要領の別紙5か、以下をご確認ください。
 全て入力・チェックできたら「次へ」をクリック

演習日程の事例選択 事例概要

<p>○幼児期の事例（3歳） 仮名：夏野花（3歳・女性） 障がい種別：診断なし 家族構成：父、母、妹</p> <p>つながった経緯： 乳幼児健診で子育ての心配を保健師に相談しながら生活してきたが、妹が生まれたことで、その困り感が強くなり、保健師と発達支援センター職員が家庭訪問をして、発達支援の利用を提案したが、この時点では心配しつつも福祉サービス利用にまでは至らなかった。3歳児健診で母の困り感は解消されておらず、幼稚園の利用も考え始め、家庭での取り組みに限界を感じた母が支援の利用を考え始め、相談支援を開始した。</p>	<p>○学齢期の事例（8歳） 仮名：秋野空（8歳・男性） 障がい種別：知的発達症（療育B）、 自閉スペクトラム症 家族構成：母、兄、異父弟</p> <p>つながった経緯： 実父から実母へのDVあり、2歳の時本児への虐待通告があり児相取扱いとなる。母も療育手帳Bを所持し、精神科通院しており、養育困難性を認め、母自身や、本児の福祉サービスの利用を開始。小学校入学後、放デイ2ヶ所を利用しているが、片方の事業所では思い通りにならないと泣いたり、暴言や自分の頭を叩く等の行動がみられる。家庭でも同様のことがあり、母が対応に限界を感じている。</p>
---	---

受講予定者情報について

受講予定者の情報について入力してください

受講者氏名（漢字）*

受講予定者の氏名を漢字で入力してください。
（例：北海 花子）

北海 花子

受講者氏名（ふりがな）*

受講予定者の氏名のふりがなを入力してください。
（例：ほっかい はなこ）

ほっかい はなこ

現職名

受講予定者の役職や立場について入力してください。特にない場合は未記載で良いです
（例：サービス管理責任者）

支援員

生年月日*

受講予定者の生年月日を記載してください。
（例：1980/07/20）※横のカレンダーマークから選択が可能です

日付

1980/07/20



性別*

受講予定者の性別について、当てはまるものにチェックをつけてください。

男性

女性

その他

戻る

次へ

フォームをクリア

Google フォームでパスワードを送信しないでください。

受講予定者の情報

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。

生年月日の入力【必須】

カレンダーのマークをクリックすると、

①のようにカレンダーが表示される

左上の年月日をクリックすると、

②のように

「年ごと」→「月ごと」→「日」を選べるので、

受講予定者の生年月日を選択していく

①

②



所属情報

受講予定者の所属情報について入力してください。

法人名

受講予定者の所属する法人名を入力してください。行政の場合は自治体名を入力してください。

(例：NPO法人しーえむねっと)

NPO法人しーえむねっと

事業所名

受講予定者の所属する事業所名を入力してください。

(例：就労移行支援事業所〇〇)

就労移行支援事業所〇〇

所属情報①

郵便番号、住所、電話番号【必須】

法人名、事業所名、FAX 番号を記入

※法人立ち上げ前など未定の部分がある場合は空欄、住所は自宅等を記入してください。

事業所の郵便番号*

受講予定者の所属する事業所の郵便番号を入力してください。

(例：064-0808)

064-0808

事業所の住所*

受講予定者の所属する事業所の住所を入力してください。建物名や部屋番号がある場合は忘れずに入力してください。

(例：札幌市中央区南8条西2丁目市民活動プラザ星園305号)

札幌市中央区南8条西2丁目市民活動プラザ星園

電話番号

受講予定者の所属する事業所の電話番号を市外局番から入力してください。

(例：011-521-8551)

011-521-8551

FAX番号

受講予定者の所属する事業所のFAX番号を入力してください。FAXがない場合は未記載で良いです。

011-521-8551

メールアドレス（パソコン）*

受講者が確認できるパソコンのメールアドレスを入力してください。
講義（eラーニング）はシステムの都合上1人1つメールアドレスが必要となります。
研修の事務連絡や当日のZoom案内等もこちらのアドレスに送りますので、入力間違いのないようにお気を付けてください。受講決定後一定期間メールアドレス変更は可能です。

hcm-net@XXXXXXXXX.ne.jp

所属事業所で提供しているサービス*

所属事業所で提供しているサービスにあてはまるもの全てにチェック☑をつけてください。（所属法人全体ではなく、あくまで所属事業所で提供しているサービスです）

- 療養介護
- 生活介護
- 自立訓練（機能訓練）
- 自立訓練（生活訓練）
- 共同生活援助
- 自立生活援助
- 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
- 施設入所支援
- 相談支援（委託）
- 相談支援（指定）
- 相談支援（基幹）
- 児童発達支援
- 放課後等デイサービス
- 保育所等訪問支援
- 障害児入所支援
- その他: _____

所属情報②

メールアドレスを記入【必須】

所属事業所で提供しているサービス・受講可否通知の宛先の選択
※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。

※所属事業所で提供しているサービスは、法人全体ではなく所属している事業所で提供しているサービスのみ選択してください。

※受講可否通知の宛先は、どちらか選択してください

「所属事業所の住所以外」を選択した場合は、郵便物の樹里が可能な宛先を入力するページに飛びます

受講可否通知の宛先*

受講可否通知（郵送）の送付先が所属住所でよいか、別の住所への送付を希望するか選択してください。

- 上記の所属住所でよい
- 所属事業所の住所以外を希望する

戻る

次へ

フォームをクリア

先に「所属事業所の住所以外を希望する」を選択した場合の画面

(「上記の所属住所でよい」を選択した場合は、この画面は表示されず、次の項目からになります)

受講可否通知の宛先が所属情報と異なる場合

受講可否通知の宛先が所属情報と異なる場合はこちらに記載してください

受講可否通知の宛先（郵便番号）

受講可否通知の宛先が所属情報と異なる場合はこちらに「郵便番号」を入力してください。

(例：064-0808)

064-0808

受講可否通知の宛先（住所）

受講可否通知の宛先が所属情報と異なる場合はこちらに「住所」を入力してください。

(例：札幌市北区南×条西×丁目〇〇ビル2F)

札幌市北区南×条西×丁目〇〇ビル2F

受講可否通知の宛先（宛名）

受講可否通知の宛先が所属情報と異なる場合はこちらに「宛名」を入力してください。

(例：NPO法人しーえむねっと法人本部 北海太郎宛)

NPO法人しーえむねっと法人本部 北海太郎宛

受講可否通知の宛先（電話番号）

受講可否通知の宛先が所属情報と異なる場合はこちらに「電話番号」を入力してください。

(例：090-xxxx-〇〇〇〇)

090-xxxx-〇〇〇〇

戻る

次へ

フォームをクリア

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
※事業所開設予定のため所在地が確定しない等の場合に、郵便物の受理が可能な宛先（受講申込者の自宅住所、宛名等）を記入します。

受講希望その他

受講の希望理由や受講予定者のパソコン操作についてお書きください。

受講を希望する理由*

受講を希望する理由をご記入ください。
〔例：アセスメントの強点を学びたい、家族支援について日々悩んでいる。発達支援について学び現場の支援に活かしたい。等〕

理由を記載します

パソコンの使用歴について

この研修では、パソコンを使って研修を行います。受講予定者のパソコン使用歴としてあてはまるものにチェックしてください。

- 日常的に使用している
- たまに使用している
- ほとんど使ったことがない

Zoomの利用について

この研修では、Zoomを使って研修を行います。Zoomの利用についてあてはまるものにチェックしてください。

- 受講者自身がZoomを利用したことがある
- 所属する事業所内でZoomを利用したことがある人がある
- Zoomはダウンロードしているが、事業所内で誰も利用したことがない
- Zoom自体よく分からない

受講に際する必要な配慮

受講する際に必要な配慮があればチェック又は、その他にチェックし詳細を入力してください。

- 手話通訳必要
- 拡大文字資料必要
- その他

事業所内の優先順位

同一事業所から複数名申込をされる場合の優先順位を入力してください。
〔例：3名中1位〕

1名中1位

所属長の推薦*

法人又は事業所の推薦のちとで申込されているかどうかチェックしてください。

- この申込は、法人（事業所）としての推薦によるものです

送信内容のチェック*

ここまで入力した内容のチェックをして、申込内容に誤りがないか確認し、最終チェックをお願いします。

- 上記の内容に間違いありません。

回答のコピーが指定したアドレスにメールで送信されます。

戻る

送信

フォームをクリア

受講希望その他

- ・受講を希望する理由【必須】
- ・パソコンの使用歴、Zoomの利用、受講に際する必要な配慮を選択
- ・事業所内の優先順位を記入
- ・所属長の推薦及び送信内容のチェックを選択【必須】

回答のコピーが最初に入力したメールアドレス宛に送信されます

送信ボタンを押した後の画面について

「回答のコピーを送信」する設定にしているため、
下記のように「〇〇の画像をすべて選択してください」という表示が出る場合があります。
(Google 側のスパム/ロボット対策のため表示されているようです)
〇〇に該当する画像をすべて選択したうえで「確認」ボタンを押すと送信されます。

〇〇の画像をすべて選択してください画面

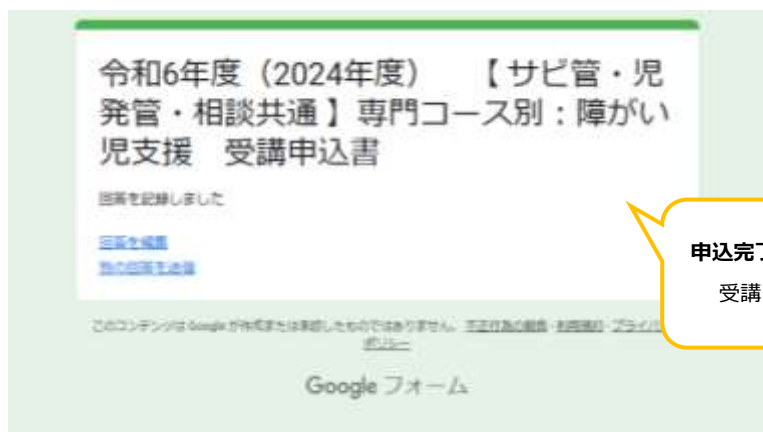
〇〇を全てチェックし、「確認」ボタンを押す



すべて選択できていない場合は、「該当する画像をすべて選択してください。」と表示されます。

識別しにくい画像であれば、チェックをすべて解除した後右下の「スキップ」ボタンを押すと別のお題が出されます。
※何度やってもうまく送信ができないという場合は、事務局にご連絡ください。Google フォームの申込みの画面を
プリントアウトしたものを FAX で受付するなど対応させていただきます。

<送信完了の場合>



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。

※メールアドレスに間違いがなければ、申し込みした内容のコピーがメールで届きます