

**北海道サービス管理責任者実践研修及び北海道児童発達支援管理責任者実践研修
申込フォーム記載内容と注意事項**

★は必須事項です。入力、記載がない場合には申込ができません。

項目	入力事項について
★研修種別	サービス管理責任者実践研修／児童発達支援管理責任者実践研修 ・希望する研修種別を選択してください。
★演習日程の希望	演習日程／どちらでもよい ・日程が複数ある場合は、希望する演習日程を選択してください。 ・申込状況により、必ずしも希望日程とならないことをご了承ください。
演習日程の希望理由	自由記載 ・選択した日程以外では受講できない場合はその理由を記載してください。 例) 既に事業所の行事（又は別の研修受講）が入っている 介護（又は育児）のため宿泊を伴う会場での受講が困難 等 ・理由に記載がない場合、申込状況等により日程を調整させていただきます。
受講者情報	★ふりがな、★氏名、現職名、★生年月日、★性別 ・氏名の漢字について「高」「崎」等はシステムの都合上文字化けしてしまうため、カッコ書きしてください。又は、文字化けして不明な場合は事務局から確認の連絡をさせていただきます。 ・現職名はない場合は空欄で構いません。 ・氏名と生年月日は修了証書にも記載されるため、誤りがないよう入力してください。
所属情報	法人名、事業所名、郵便番号、★住所、電話番号、FAX 番号、★（パソコンの）メールアドレス ・受講申込者の現在の所属についてお書きください ※現所属と異なる法人からの推薦で申込む場合、法人・事業所名は空欄、住所は自宅住所又は市区町村のみを記載し、「受講可否通知の宛先」を必ず記入してください。 《メールアドレスに関する注意事項》 CM ネットで使用している e ラーニングシステムの都合上、受講者とメールアドレスが紐づけられるため、同一のアドレスで複数名の登録ができません。研修期間が重なっている場合は、CM ネットで行う別研修の場合も同様です。Google や Yahoo 等のフリーメールでも構いませんので、必ず1人1つのメールアドレスをご準備ください。このアドレスは e ラーニング及び Zoom 演習の案内等にも使用しますので、入力間違いのないようお気を付けください。
受講可否通知の宛先	住所、宛て名、電話番号 ※「所属情報」と異なる場合のみ記載 ・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で宛先（受講申込者の自宅住所等）を記載します。 ・宛て名には「法人・事業所名・担当者名」や、個人宅の場合は「氏名」を記載してください。
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、法人名、事業所、事業所番号、住所、障害福祉サービス種別等 ・新設や異動等の場合、研修受講後にサビ管又は児発管として配置される予定の事業所の情報を書きます。 ・申請中等、事業所名・事業所番号が決まっていない場合は空欄で構いません。 ・住所が具体的に決まっていない場合も都道府県や市区町村名等を記載します。 ・障がい福祉サービス等は、法人全体ではなく事業所で実施しているもののみ選択します。記載された障害福祉サービス種別等が希望する研修種別と合致しない場合には受講決定できませんので、ご注意ください。

項目	入力事項について
★受講対象	受講対象として当てはまるものア～ウを選択 ・募集要領 P.1（又は P.9 の受講対象フローチャート）を参考に、申込み者がいずれに該当するか選択します。 ・以降の項目「研修の受講（修了歴）」「基礎研修修了後の実務経験（OJT 期間）」にも関連する項目です。
★研修の受講（修了歴）	①相談支援の修了歴、②サビ管・児発管（基礎又は旧分野別）の修了歴、③サビ管・児発管（実践）④サビ管・児発管（更新）の修了歴 <①～④の研修を当法人以外で修了した場合は、修了証書の写しを添付又は FAX> ・受講要件である①相談支援※A 研修及び、②サビ管基礎※B・児発管基礎※C 研修の修了年月日、修了証書番号（半角／第や号は不要）を記載してください。 ・受講対象ウを選択した方は、①②以外の修了済の研修の「研修名（区分）」「修了年月日」「証書番号」や更新期限が切れた日を記載してください。 ・①～④の研修を当法人以外で修了した場合は、修了証書の写し（PDF）を添付するか、FAX で送信してください。 → 記入例（P.18～20）、研修名称の整理（P.12）、サビ管等として従事するための実務経験（P.10） <修了証書の添付について> ①「ファイルの選択」をクリックすると、パソコンのフォルダが開きます。 ②添付したい修了証書のファイル（PDF 等）を選択し、「開く」を押すと添付できます。申込み画面の「ファイル選択」の横に添付ファイル名が表示されます。 ※添付できる PDF・画像は一つです。当法人以外の修了証書が複数ある場合はデータを事前に一つにまとめてください。（データはコピー機等でスキャンして PDF 化する。又は、申込み作業をする PC 宛てにスマホ等で撮影した画像をメール送信し、保存する。画像データが重いと送信できないことがあります。送れない場合は下記のとおり FAX） ※PDF の添付が難しい場合は FAX（FAX 番号 011-521-8551）してください。
OJT6 ヶ月要件	受講対象イの場合 OJT6 ヶ月要件に該当するかチェック ・【OJT6 ヶ月要件】は受講対象イを選択した場合のみチェックする項目。要件 3 つ全て該当する場合チェックをしてください。
基礎研修修了後の実務経験（OJT 期間）	全員 OJT 期間★を記載、受講対象ア・イの場合は OJT 期間の詳細を記載 ・★【OJT 期間】全ての受講対象者が記載する項目（必須）。受講対象ウを選択した場合は、OJT 期間の記載が不要ですので「年」「ヶ月」「日」の部分に「0」を入れてください。 ・【OJT 期間の詳細】受講対象ア・イを選択した場合は、上記①②の研修修了（基礎研修修了）後～受講予定の実践研修開始前月末まで※4 の OJT 期間業務に従事していた期間の「トータル年ヶ月」、「トータルの勤務日数（概算）」、OJT 期間に従事していた「業務内容」を入力・選択してください。 ※受講対象アを選択した方で OJT 期間が 2 年に満たない場合や、受講対象イを選択した方で OJT 期間が 6 ヶ月に満たない場合は受講対象となりません。 → 記入例（下記）

※研修の名称については、別紙 3-2 の用語解説をご確認ください

※A 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〕又は、「平成 18 年障害者ケアマネジメント従事者研修」又は平成 19 年以降の「相談支援従事者研修」基礎研修の前期講義 2 日・又は同研修「補完研修」・又は平成 30 年以降の同研修「初任者研修」について、修了年度と修了月、修了証書番号を記載してください。平成 23 年度以前に研修を修了されていて、修了証書に番号が記載されていない場合は「未記載」と入力してください。

※B サービス管理責任者基礎研修又は、平成 30 年度以前の旧サービス管理責任者研修（分野別）研修の修了年度と修了月、修了証書番号を記載してください。平成 30 年度以前に複数の分野別研修を修了している場合は、修了年度が一番古いものを記載してください。

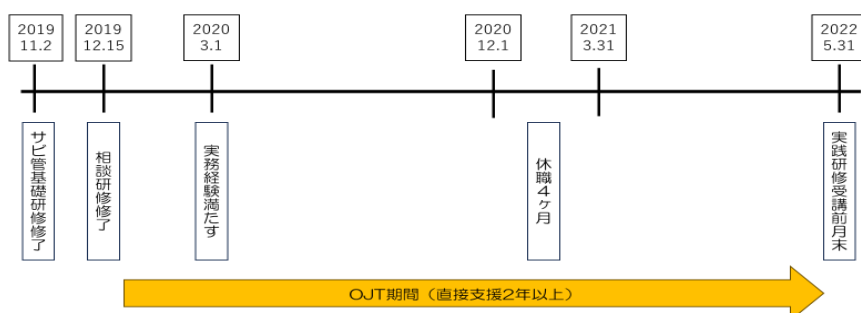
※C 児童発達支援管理責任者基礎研修又は、平成 30 年度以前の旧児童発達支援管理責任者研修の修了年度と修了月、修了証書番号を記載してください。

受講対象ごとの記載例

対象ア OJT 期間2年以上

基礎研修受講後に配置要件を満たし、OJT 期間 2 年以上直接支援業務に従事した場合

- ①相談支援従事者研修修了 2019 年 12 月 15 日
- ②サビ管等基礎修了 2019 年 11 月 2 日
- ・OJT 開始は両研修の遅い方の翌日以降(2019 年 12 月 16 日)
- ・OJT 修了は実践研修の受講前月末(2022 年 5 月 31 日)
- ・サビ管基礎研修受講時点ではサビ管等の配置に係る実務経験満たさず
配置要件を満たした年月日※D 2020 年 3 月 1 日
- ・OJT 期間(2019 年 12 月 16 日～2022 年 5 月 31 日)の間に 4 ヶ月
(2020 年 12 月 1 日～2021 年 3 月 31 日まで)休職期間あり
- ・休職期間を除いて OJT 期間 2 年以上、1 年あたり 180 日以上に該当



OJT トータル※F

●期間

2019 年 12 月 16 日～
2020 年 11 月 30 日
(0 年 11 ヶ月 15 日)
2021 年 4 月 1 日～
2022 年 5 月 31 日
(1 年 2 ヶ月 0 日)
合わせて 2 年 1 ヶ月 17 日
→ トータル 2 年以上

●勤務日数(概算)

248 日+293 日=541 日
→ 1 年あたり 180 日以上

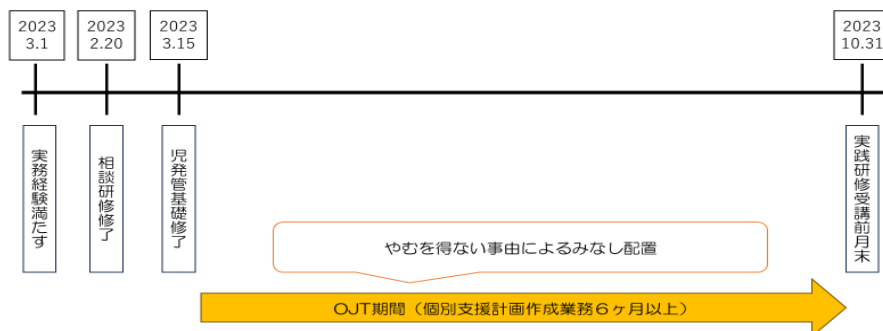
受講対象	● 対象ア OJT 期間2年以上 ○ 対象イ OJT 期間6ヶ月以上(一定の要件を満たす) ○ 対象ウ 更新期限切れ		
研修受講(修了歴)	①相談支援	区分 [選択制]	相談支援従事者研修 [サービス管理責任者/児童発達支援管理責任者向け研修] ※A
		修了年月日	西暦 2019 年 12 月 15 日
		証書番号(半角)	×××××
	②サビ管・児発管 (基礎・旧分野別)	区分 [選択制]	サービス管理責任者基礎研修 ※B、C
		修了年月日	西暦 2019 年 11 月 2 日
		証書番号(半角)	A××××
	③サビ管・児発管(実践)及び、④サビ管・児発管(更新)の修了歴		
	なし		
	①～④の研修を当法人以外で修了した場合は、修了証書の写し(PDF 又は画像)を添付してください。 (添付できない場合は 011-521-8551 へ FAX してください) ファイルの選択		
要件 OJT 6ヶ月	【OJT 6ヶ月要件】 ←受講対象イに該当しない場合はチェックしない ○ 以下①～③すべて満たす (要件の記載省略)		
OJT 期間	★【OJT 期間】		
	始期 西暦 2019 年 12 月 16 日～ 終期 西暦 2022 年 5 月 31 日		
	【OJT 期間の詳細】		
	トータルの OJT 期間(年ヶ月)※E	2 年 1 ヶ月	
	トータルの OJT 期間(勤務日数)※E	541 日	
	OJT 期間に従事した事業内容 ※複数チェック可	☐ 個別支援計画作成業務※H ☐ 相談支援業務 ☒ 直接支援業務	
	OJT 期間に関する備考		
2020 年 12 月 1 日～2021 年 3 月 31 日 (4 ヶ月間) 病気療養のため休職			

・休職期間は除く
・下記の業務内容で実際に勤務した年ヶ月と日数
※OJT 期間 2 年=勤務日数 720 日ではありません

対象イ OJT 期間6ヶ月以上(一定の要件を満たす)

一定要件を満たし、みなし児発管として OJT 期間 6 ヶ月以上個別支援計画作成業務に従事した場合

- ①相談支援従事者研修修了 2023 年 2 月 20 日
- ②児発管等基礎修了 2023 年 3 月 15 日
- ・OJT 開始は両研修の遅い方の翌日以降(2023 年 3 月 16 日)
- ・OJT 修了は実践研修の受講前月末(2023 年 10 月 31 日)
- ・サビ管基礎研修受講時点でサビ管等の配置に係る実務経験満たす
配置要件を満たした年月日※D 2023 年 3 月 1 日
- ・OJT 期間(2023 年 3 月 16 日～2023 年 7 月 31 日)の間
やむを得ない事由によるみなし配置で個別支援計画作成業務に従事
OJT 期間 6 ヶ月以上、1 年あたり 180 日以上に該当



OJT トータル

●期間

2023 年 3 月 16 日～
2023 年 10 月 31 日
(0 年 7 ヶ月 16 日)
→ トータル 6 ヶ月以上

●勤務日数(概算)

156 日
→ 1 年あたり 180 日以上

受講対象	○ 対象ア OJT 期間2年以上 ● 対象イ OJT 期間6ヶ月以上(一定の要件を満たす) ○ 対象ウ 更新期限切れ		
研修受講(修了歴)	①相談支援	区分 [選択制]	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] ※A
		修了年月日	西暦 2023 年 2 月 20 日
		証書番号(半角)	×××××
	②サビ管・児発管 (基礎・旧分野別)	区分 [選択制]	児童発達支援管理責任者基礎研修 ※B、C
		修了年月日	西暦 2023 年 3 月 15 日
		証書番号(半角)	A××××
	③サビ管・児発管(実践)及び、④サビ管・児発管(更新)の修了歴		
	なし		
	①～④の研修を当法人以外で修了した場合は、修了証書の写し(PDF 又は画像)を添付してください。 (添付できない場合は 011-521-8551 へ FAX してください) ファイルの選択		
要件 OJT 6 ヶ月	【OJT6 ヶ月要件】 ←受講対象イに該当する場合はチェック ● 以下①～③すべて満たす (要件の記載省略)		
OJT 期間	★【OJT 期間】		
	始期 西暦 2023 年 3 月 16 日～ 終期 西暦 2023 年 10 月 31 日		
	【OJT 期間の詳細】		
	トータルの OJT 期間(年ヶ月)※E	0 年 7 ヶ月	
	トータルの OJT 期間(勤務日数)※E	156 日	
	OJT 期間に従事した事業内容 ※複数チェック可	☒ 個別支援計画作成業務※H ☐ 相談支援業務 ☐ 直接支援業務	
OJT 期間に関する備考			
基礎研修修了後(2023 年 3 月 16 日)から現在までやむを得ない事由によるみなし配置			

・休職期間は除く
・個別支援計画作成業務にあたった日だけでなく、障害福祉サービス事業所等において従事した期間も算定

対象ウ 更新期限切れ

平成 30 年度以前にサビ管等としての要件を満たしていたが、令和 6 年 3 月 31 日までに更新研修修了者とならなかった者であり、今後サビ管等として従事予定の場合

①相談支援従事者研修修了 2000 年 10 月 30 日

②旧サビ管等研修修了 2000 年 12 月 20 日

・H31.4.1～R6.3.31 は更新研修の経過措置の対象者として従事可能だったが、その間に更新研修を受講しなかった(＝更新期限切れ)

・旧サビ管等研修受講時点でサビ管等の配置に係る実務経験満たす
配置要件を満たした年月日※D 2000 年 4 月 1 日

受講対象	☐ 対象ア OJT 期間2年以上 ☐ 対象イ OJT 期間6ヶ月以上(一定の要件を満たす) ☒ 対象ウ 更新期限切れ		
研修受講(修了歴)	①相談支援	区分 [選択制]	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〕※A
		修了年月日	西暦 2000 年 10 月 30 日
		証書番号(半角)	×××××
	②サビ管・児発管 (基礎・旧分野別)	区分 [選択制]	サービス管理責任者研修(第1分野～4分野) ※B、C
		修了年月日	西暦 2000 年 12 月 20 日
		証書番号(半角)	A××××
③サビ管・児発管(実践)及び、④サビ管・児発管(更新)の修了歴			
R6.3.31 までに更新研修を受講しなかった (③④の研修を修了したが期限内に更新研修を受講しなかった場合は修了した研修を記載)			
①～④の研修を当法人以外で修了した場合は、修了証書の写し(PDF 又は画像)を添付してください。 (添付できない場合は 011-521-8551 へ FAX してください) ファイルの選択			
要件 OJT 6ヶ月	【OJT6ヶ月要件】 ←受講対象イに該当しない場合はチェックしない ☐ 以下①～③すべて満たす (要件の記載省略)		
OJT 期間	★【OJT 期間】		
	始期 西暦 0 年 12 月 31 日～ 終期 西暦 0 年 12 月 31 日		
	【OJT 期間の詳細】		
	トータルの OJT 期間(年ヶ月)※E	0 年 0 ヶ月	
	トータルの OJT 期間(勤務日数)※E	0 日	
	OJT 期間に従事した事業内容 ※複数チェック可	☐ 個別支援計画作成業務※H ☐ 相談支援業務 ☐ 直接支援業務	
	OJT 期間に関する備考		
更新期限切れによる受講のため OJT 期間なし			

「OJT 期間に関する備考」の欄には「やむを得ない事由によるみなし配置※G」であるとか、基礎修了翌日から実践研修受講前月末までの間の休職期間、更新期限切れによる受講等について記入して下さい

※D サビ管等として従事するために必要な実務経験要件＝配置要件(障害児者の保健、医療、福祉、就労、教育の分野における直接支援又は相談支援業務 3～8 年)→募集要領 P.10 参照

※E 基礎研修修了後(2つの研修のうち、後から受講したものの修了年月日の翌日)から受講予定の実践研修(講義日程)の前月末までを基準に、年数や勤務日数(概算)を記載してください

※F 実践研修の受講要件の実務経験 2 年以上とは、業務に従事した期間が 2 年以上であり、かつ、実際に従事した日数が 1 年あたり 180 日以上であることをいう

※G 指定障害福祉サービスの提供に係るサービス管理を行う者として厚生労働大臣が定めるもの等(平成 18

年 9 月 29 日厚生労働省告示第 544 号) に規定されている「やむを得ない事由によりサービス管理責任者が欠けた指定障害福祉サービス事業所等にあつては、当該事由の発生した日から起算して一年間は、当該指定障害福祉サービス事業所等において提供される障害福祉サービス又は施設障害福祉サービスの管理を行う者として配置される者であつて、実務経験者であるものについて、イの(2)に定める要件を満たしているものとみなす。」に該当すると事業の指定権者(振興局・政令中核市)に認められたものをいう

イの(2)はサービス管理責任者等になるために必要な全ての研修を指す。(詳細は指定権者に確認)

※H 「個別支援計画作成業務」とは、①サビ管等が既に配置されている事業所において、基礎研修修了者が個別支援計画の原案の作成までの一連の業務に従事する場合(2人目サビ管等)や、②やむを得ない事由によりみなし配置されたサービス管理責任者等(※G)として個別支援計画の作成の一連の業務に従事する場合をいう

※ここで記載いただくのは「基礎研修修了後の実務経験(OJT)」です。申込時に実務経験を証明するものや個別支援計画作成業務に従事していることを指定賢者へ届出したもの控え等の提出は不要です。また、配置に必要な実務経験要件についての問い合わせは募集要領の P.2 に掲載した行政の各担当となります。当法人に問合せをされてもお答えできませんので、ご注意ください。

項目	入力事項について
受講に対する必要な配慮	車イス使用、手話通訳必要、拡大文字資料必要、その他 - 希望される内容がある方は当てはまるものにチェック又はご記入ください。 - 申込後に詳細について直接確認をとらせていただくことがあります。 - 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。
★配置が必要な事業所の状況	配置の必要数と終了数、受講の必要性、配置が必要な具体的理由、同一事業所から複数の申し込みする場合の優先順位、キャンセル待ちの希望 - 本研修の選考にあたっては当該事業所における配置の必要性、緊急性またはその他の事情を考慮しています。必要な状況について正しく記入ください。 「1. 配置の必要数と修了数」は、配置予定の事業所の定員からサービス管理責任者等が何名必要か及び、事業所内でサビ管等として従事できる(研修を修了した)人数を記載してください。 「2. 配置予定」は、あてはまるものを選んでください。「その他」を選択する場合は、詳細を記載してください。 【減算中】サビ管等未配置のため減算中の場合 【みなし配置】やむを得ない事由により配置基準を満たしていない状況(1年間のみなし※G配置中)又は、研修の経過措置によるみなし配置中の場合 【新設】新しく事業所を開設する場合 【退職】退職の時期(配置時期)が明確な場合 【異動】異動の時期(配置時期)が明確な場合 【人材育成】サビ管・児発管として配置する時期が明確な場合 【その他】兼務解消、既存事業所の定員増や多機能型事業の分離等上記以外 「3. 配置が必要な具体的理由」も必ずお書きください。 例) 令和〇年に××事業を新設予定だが、配置可能なサビ管がいないため 令和〇年に現サビ管が定年退職するため後任のサビ管が必要 等 「4. 同一事業所から複数申し込みする場合の優先順位」は、申込多数の場合、同一事業所からの受講人数を調整しますので、事業所内の優先順位を入力してください。 「5. キャンセル待ちの希望」は、受講不可で通知された場合であつて一定期間内にキャンセルが出た際に追加決定を希望される場合はチェックしてください。
★所属長の推薦	この申込は、法人(事業所)としての推薦によるものである。 - 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	上記の内容に相違ない。 ・もう一度、記入したすべての項目をチェックし、★の必須事項が書かれているか確認してから送信ボタンを押してください。 ・必須事項の記載がない場合、<u>緑色の画面で必須事項の記載漏れの表示が出て送信完了になりませんので、ご注意ください。</u> ・申込完了の確認のため、送信前に入力画面をプリントアウトして保管することをお勧めします。
----------------	---

※ホームページに掲載している「記入例」も参考にしてください。

※申込内容に修正がある場合は改めてお申込みください。修正が軽微な場合は入力画面の控えとしてプリントアウトしたものに修正内容を加筆のうえ FAX (011-521-8551) してください。

※提出いただく申込内容に**虚偽の内容が発覚した場合**は、受講決定した場合においても、**受講の受付及び受講決定を取り消す場合があります**のでご留意願います。

※記載いただいた個人情報は、研修事業所指定先である北海道と共有のうえ、本研修の申込み事務、受講者の選定、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に開示することはありません。また、この申込みにより、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。