

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](#)

受講申込日	20
★は、必須項目です。	
申込受付	4月23日～5月7日 事前講義日程 6月18日～6月25日
演習日程	7月2日～3日 (集合)
事後講義	7月3日～8日

申込研修名称と合っているかを確認してから
申し込みます。

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	☐ サービス管理責任者基礎研修 ☐ 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	☒ 7月2日～3日 (集合)

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 (例: ほっかい はなこ)	★ほっかい はなこ
	氏 名 (例: 北海 花子)	★北海 花子
	現 職 名	児童指導員
	生年月日	★昭和 50 年 12 月 31 日
	性 別	★ ☒ 男 ☐ 女 ☐ 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、特になければ空欄で構いません。

所属情報 (所属している事業所 情報を入力)	法人名 (行政の場合は自治体名を入力) (株) ほっかいどうふくし
	事業 所 名
	放課後等デイサービスほっかいどう
	郵便 番 号 (半角7桁/ハイフン不要 例: 0640808)
	0640808
	住 所
	札幌市中央区南8条西2丁目 市民活動プラザ園305
	電話 番 号 (半角10桁/ハイフン不要 例: 0115218551)
0115218551	
FAX 番 号 (半角10桁/ハイフン不要 例: 0115218551)	
0115218551	
★メールアドレス (半角)	
hcm-net@*****.ne.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し込む場合は、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 (半角7桁/ハイフン不要 例: 0640808)
	0000000
	住 所
	札幌市×区南×条東×丁目××× ××マンションA号室
宛 先 (事業所または自宅の場合は個人名を入力) (株) ほっかいどうふくし 法人本部 北海太郎宛て	電話 番 号 (半角10桁/ハイフン不要 例: 0115218551)
	xxxxxxxx
	住所
	札幌市中央区 (又は西区) (※未定の場合も市区町村記入)

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。

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 ☐ すでにある事業所 西暦 年 12 月
	法人・事業所名称 (事業所番号)	法人名 (株) ほっかいどうふくし 事業 所 名 放課後等デイサービスほっかいどう2 (※未定の場合は空欄可) 事業 所 番 号 (半角) (※指定前の場合は空欄可) 住 所 札幌市中央区 (又は西区) (※未定の場合も市区町村記入)
	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)	☐ 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 ☐ 就労定着支援 ☐ 施設入所支援 ☒ 障害児通所・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 0 ヶ月	相談支援業務 (別紙3 ①)
		② 年 0 ヶ月	社会福祉主事任用資格等を有するものによる直接支援の業務 (別紙3 ②)
		③ 年 0 ヶ月	社会福祉主事任用資格等を有しないものによる直接支援の業務 (別紙3 ③)
		④ 年 0 ヶ月	国家資格等による業務に通算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3 ④)
	児発管	⑤ 年 0 ヶ月 うち 年 0 ヶ月	相談支援業務 (別紙4 ⑤) 上記のうち、別紙4のⅢの期間を除いた期間
		⑥ 年 0 ヶ月 うち 年 0 ヶ月	社会福祉主事任用資格等を有するものによる直接支援の業務 (別紙4 ⑥) 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 うち 6 年 2 ヶ月	社会福祉主事任用資格等を有しないものによる直接支援の業務 (別紙4 ⑦) 上記のうち、別紙4のⅤの期間を通算した期間を除いた期間
		⑧ 年 0 ヶ月 うち 年 0 ヶ月	国家資格等による業務に通算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4 ⑧) 上記のうち、別紙4のⅢ、Ⅴの期間を通算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カ月 = **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カ月 = **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	☐ 車イス使用 ☐ 手話通訳必要 ☐ 拡大文字資料必要 ☐ ルビ付き資料必要 ☐ 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・サピ管／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・サピ管／児発管向けの受講）	☒ 修了済（①へ） ☐ 受講・申込中（②へ） ☐ 申込予定（②へ）
	①相談支援受講（修了）歴 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	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] 修了年月日 西暦 2021 年 1 月 ×× 日 証書番号（半角） 000（※第・号不要）

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・サピ管／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・サピ管／児発管向けの受講）	☐ 修了済（①へ） ☒ 受講・申込中（②へ） ☒ 申込予定（②へ）
	①相談支援受講（修了）歴 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	区分（選択してください） 選択してください 修了年月日 西暦 年 月 日 証書番号（半角） 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えてサビ管・児発管として配置ができる人数を記入します。

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

★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 名 研修を修了し、サビ管／児発管として配置可能な人数 名
	2. 配置予定（以下より一つ選択） ☐ 【減算】サビ管等欠如減算中（又はやむを得ない事由によるサビ管等欠如が認められ1年間のみなし配置中）のため、要件を満たし次第配置する。 ☐ 【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。 ☐ 【退職・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。 ☐ 【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。 ☐ その他
	3. 受講が必要な具体的な理由
	4. 同一事業所から複数の申込みする場合の優先順位 人中 位
	5. キャンセル待ち ☐ 欠員が生じた場合、キャンセル待ちを希望する。
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。
送信内容のチェック	☐ 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。

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。

5. キャンセル待ち

欠員補充が生じた場合にキャンセル待ちを希望する場合はチェックをつけます。

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

北海道サービス管理責任者研修及び
児童発達支援管理責任者研修受講申込書

申込完了

受講申し込みを受付しました。不明な点は事務局にご連絡ください。

トップに戻る

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。

以下の項目は必須です。

- 研修種別
- 受講者ふりがな
- 受講者氏名
- 生年月日年
- 性別
- 所属先住所
- メールアドレス
- 設置状況
- 相談支援従事者研修（基礎・補完・サビ管/児発管向け）受講
- 受講の必要性
- 受講に必要な具体的な理由
- 所属長の推薦
- 入力項目チェック

戻る

- ・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。