

別紙 1：入力時の諸注意

(R7 更新研修)

※重要※

東京都内の指定障害福祉サービス事業所においてサビ管・児発管として従事される方が本研修対象者です。
本申し込み内容を基に選考を行います。必要事項を漏れのないように、可能な限り具体的にご入力ください。

更新研修

連絡用メールアドレス

XXXX@XXXX.XXX

※入力フォーム中の「サビ管」はサービス管理責任者の略称、「児発管」は児童発達支援管理責任者の略称です。
※本申し込み内容を基に選考を行います。必要事項を漏れのないように、かつ、可能な限り具体的にご入力ください。
※選考に必要な項目に入力漏れ等の不備がある場合には、選考対象とならない場合がありますので、ご注意ください。
※入力については、別紙1「入力時の諸注意」を参照

受講区分の選択

○ 2回目以上の更新研修（前回は令和2年度～6年度更新研修修了者で「次に更新研修を修了すべき期日」が令和8年3月31日～令和12年3月31日の間の日付）

※期日は前回の修了証書を参照

● 初めての更新研修（令和3年度～6年度実践研修修了者）

前回修了した研修

実践研修または、更新研修の修了年度：令和 年度

※前回の修了証書に記載の「研修名の年度」をご確認ください

次に更新研修を修了すべき期日：令和 年3月31日

※前回の修了証書に記載の「次に更新研修を修了すべき期日」をご確認ください
※こちらが令和13年3月31日～令和16年3月31日の方は今回お申込みいただけません

添付書類

※添付可能なファイルの拡張子は以下の通りです：.jpg、.jpeg、.png、.pdf

① サービス管理責任者、児童発達支援管理責任者 令和2年度～6年度更新研修 修了証書

ファイルの選択 ファイルが選択されていません

② サービス管理責任者、児童発達支援管理責任者 令和3年度～6年度実践研修 修了証書

ファイルの選択 ファイルが選択されていません

選択した受講区分の、最新の修了証書を
必ず添付してください。

※ファイル名の指定はありません。
※国家資格等における資格証明書や実務経験証明書の添付は必要ありません。
※間違った書類を添付すると、受講できない可能性があります。くれぐれもご注意ください。

【ご注意ください】必ず法人または事業所の代表者による推薦を受けてチェックを入れてください。
※個人からのお申込み、東京都以外の事業所で従事予定の方からのお申込みは受け付けておりません。

推薦法人／事業所について

表記研修の受講者として、次のものを受講させたいので推薦します。
なお、下記申込内容について相違のないことを証明します。
受講決定した際には受講者が研修に専念できる環境の確保及び配慮を約束します。

代表者確認 ☒

代表者職氏名： 所長 財団太郎

※事業所代表者でも可

法人名等： 総合健康推進財団

※スペースを入れない
※未定の場合は、未定と入力

事業所名称： 保健福祉研修センター

※スペースを入れない
※未定の場合は、未定と入力

事業所郵便番号： 101 - 0048

事業所所在地： 東京都千代田区神田司町二丁目6番神田平沼ビル4階

※新規開設等で未定の場合でも、可能な限り具体的に入力（東京都以外は対象外）

事業所所在地は東京都から入力してください。
文字は全角、英数字は半角で入力してください。

事業所電話番号： 03 - 6262 - 7131

日中連絡がとれる： 03 - 6262 - 9880
電話番号

問合せ担当者名： 氏 健康 名 一郎

受講希望者の従事事業所（所属法人を含む）における研修協力者（東京都の実施するサービス管理責任者等研修に演習指導者として従事している者）の有無：

● 有り ○ 無し

研修協力者について： 氏 総合 名 瞳

所属法人名 総合健康推進財団

事業所名 保健福祉研修センター

※事業所名が無い場合には「無し」と入力

研修協力者は今年度のみならず、過去に演習指導者として従事していた方（同法人内に限る）でも問題ありません。
研修協力者が複数名いる場合は、どなたかお一人分の入力で構いません。

今回の申込に係る状況

サビ管・児発管：今回の申し込みに係る状況について、下記当てはまるものを選択してください。

としての従事状況 ※詳しくは、別紙「入力時の諸注意」を参照してください

- 1. サビ管、児発管として現に従事している。
- 2. 現在はサビ管、児発管として従事していないが、本研修修了後、サビ管、児発管として事業所に従事する予定がある。 ※2.を選択された方は、配置時期を入力してください。
- 3. すぐにサビ管、児発管として配置される予定はないが、配置・交代が必要になった場合に備え、配置できる者を確保しておく。

配置時期： 2026年04月 ☐ 時期未定

※未定の方は「時期未定」にチェックを入れてください

● 1. サビ管、児発管として現に従事している。

- 現にサービス管理責任者、管理者、相談支援専門員として従事している。
- 現に児童発達支援管理責任者、管理者、相談支援専門員として従事している。

● 2. 現在はサビ管、児発管として従事していないが、本研修修了後、サビ管、児発管として事業所に従事する予定がある。 ※2.を選択された方は、配置時期を入力してください。

※過去5年間（令和2年9月30日～令和7年9月29日）に通算して2年以上の

- サービス管理責任者、管理者、相談支援専門員としての実務経験がある。
- 児童発達支援管理責任者、管理者、相談支援専門員としての実務経験がある。

● 3. すぐにサビ管、児発管として配置される予定はないが、配置・交代が必要になった場合に備え、配置できる者を確保しておく。

※過去5年間（令和2年9月30日～令和7年9月29日）に通算して2年以上の

- サービス管理責任者、管理者、相談支援専門員としての実務経験がある。
- 児童発達支援管理責任者、管理者、相談支援専門員としての実務経験がある。

サビ管・児発管としての従事状況について、
以下 1.2.3.の選択肢に付随する設問（真下に朱色の枠の選択肢が表示されます）にも回答してください。
なお、どれにも該当しない場合は受講対象とはなりません。

研修修了後、従事する事業所の状況について

※事業開始前(新設事業所)の場合は、開始予定の事業所について入力

☐ 新設事業所（指定前）

新設事業所の場合：令和 年 月 日
事業開始予定時期

新設事業所（指定前）の場合、チェックを入れて事業開始予定時期をできるだけ具体的にしてください。
(未定の方はプルダウンから「未定」を選択してください)

事業所名称：

※従事予定事業所が「未定」の方は未定と入力、「新設事業所」の方は仮称あるいは未定と入力
※法人名の入力は不要
※スペースを入れない

所在地：☒ 東京23区 ☐ 23区以外の市町村 ☐ 未定（東京都内）

区市町村：

東京都以外**の**事業所は**対象外**です。

事業所指定番号： 先頭の 13 を除いた8桁を入力してください

※事業者指定の状況入力については [別紙1](#)「入力時の諸注意」を参照

指定年月日：

【新設事業所以外の方】

事業所指定番号は、13 で始まる 10 桁のものです。
多機能型の場合は、最初に指定されたものを記載してください。

※実在しない番号の入力が散見されます。適正な番号、指定年月日を入力してください。

定員：

※未定の場合は、999と入力

実施サービス名：☐ 療養介護 ☐ 生活介護 ☐ 施設入所支援 ☐ 自立訓練(機能訓練)

☐ 共同生活援助 ☐ 自立生活援助 ☐ 自立訓練(生活訓練)

☒ 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

※従事予定事業所が実施(予定含む)するサービス名をチェック回してください

法人単位ではなく、事業所単位でチェックを入れてください。※お申込みの際、児発管を選択された場合は児童を対象とした実施サービス名が表示されます。

従事予定事業所：
から申込む人数

法人単位ではなく、従事予定事業所から申し込む人数を入力してください。

受講希望者の状況について

受講希望者氏名：氏 名
ふりがな：氏 名
生年月日：

氏名・生年月日は修了証書に印字されますので、お間違いのないようにご注意ください。

優先順位：従事予定事業所申込人数 2 名中 番目 ※1名の場合、1名中1番目と入力
※同一の従事予定事業所から複数人数申し込む場合の優先順位を入力

研修受講にあたって配慮すべき事項

☐ 車いす利用 ☐ 手話通訳 ☐ 点字資料 ☐ 要約筆記 ☐ その他

その他

参加日程

参加できる： ☒ A ☒ B ☒ C ☒ D ☒ E ☒ F ☒ G ☒ H ☒ I ☒ J
演習日程 ☒ K ☒ L

※参加可能な日程全てにチェックを入れてください。
※日程詳細については [実施案内](#) を参照

プライバシーポリシーの同意と送信

☒ [プライバシーポリシー](#) に同意します。

送信

従事予定事業所内での申込人数の優先順位を入力

例：同法人内の 2 事業所から 3 名のお申し込みがある場合

| | 現在の 従事先 | サビ管等として 配置予定先 | 優先順位 |
|-----|------------|------------------|------|
| 松さん | A 事業所 | A 事業所 | 1 番目 |
| 竹さん | A 事業所 | B 事業所 | 1 番目 |
| 梅さん | B 事業所 | B 事業所 | 2 番目 |

あくまで、従事予定先の事業所内での優先順位を入力します。上記のように複数事業所から複数名のお申し込みがある場合は、入力内容のお間違いがないように、同一の問合せ担当者による入力を推奨します。受講決定を行う際の重要な情報となりますので、優先順位が重複しないよう、お間違いなく申し込んでください。

参加日程は、実施案内 2 ページ (2) 日程から、参加可能な日程全てをチェックしてください。
(定員の都合上、希望の日程で受講できるとは限りません)

送信前に、入力内容を今一度ご確認ください。不備がある場合は送信できません。送信できない場合は、**赤枠の項目**を再度確認してください。
入力間違いがある場合は、手続きを踏んだうえで全て入力し直し（再申し込み）になります。くれぐれもお間違いのないように必ず確認してください。
(⇒次のページに注意事項があります。)

【送信後について】

申込み完了後は「申込み完了のお知らせ」メールが即時送信されますので、受講決定まで大切に保管してください。

メールが届かない場合は、申込みが完了していない場合がありますのでご注意ください。

※メールが届かない場合、迷惑メールボックスに届いていることも稀にあります。

【注意！複数名お申込みの場合】

受講希望者 1 名につき、1 フォームずつお申し込みが必要となります。

1 名分ずつ、研修ページ最下部の「申込み」ボタンをクリックし、①登録メールアドレス、②受講区分を入力し、送信してください。

折り返し、すぐにお送りする申込みフォームの URL にアクセスして必要事項を《1 名分ずつ》入力してください。

※問合わせ担当者の方のメールアドレスを申込者分、複数回使用しても問題ありません。

【受講可否通知メールについて】

お申込みいただいた全員に、令和 7 年 8 月 28 日(木)頃にお送りいたします。登録メールアドレス宛にお送りしますので必ずご確認ください。

【入力時の諸注意を読んでも分からないとき】

問合せ窓口：公益財団法人総合健康推進財団 東京都サービス管理責任者等研修事務局

電話番号：03-6262-9880

受付時間：月曜日から金曜日 9:00-17:00 ※祝祭日を除く

メール：<https://soukensui.jp/pages/5/>（お問い合わせフォームのページにジャンプします）