

# R6 実践研修 申し込みフォーム

## 入力時の諸注意

※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。  
(サビ管・児発管は本研修(実践研修)修了後に配置可能です。)  
申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。

### 実践研修

連絡用メールアドレス

XXXX@XXXX.XXX

【連絡用メールアドレス】  
事前にご登録されたメールアドレスをご確認ください

※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記載ください。  
※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。

### 受講区分の選択

● サービス管理責任者

### 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。

代表者確認 ☒

代表者職氏名: 財団 太郎

※事業所代表者でも可

法人名等: ○○○株式会社

※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: ○○○事業所

※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: 111 - 2222

事業所所在地: 東京都千代田区○○-□□-△△

事業所電話番号: 03 - 1111 - 2222

日中連絡がとれる電話番号: 03 - 3333 - 4444

問合せ担当者名: 氏 財団 名 花子

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  
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 財団 名 次郎

所属法人名: ○○○法人

事業所名: ○○○事業所

※事業所名が無い場合には「無し」と入力

法人名等・事業所名称は、スペースを入れずに入力してください。(英数字も同様)

(例)  
NG: 公益財団法人 総合健康推進財団  
Health Promotion  
OK: 公益財団法人総合健康推進財団  
HealthPromotion

## 今回の申込に係る状況

※番号の選択がない場合や、時期が空欄の場合は未定として取り扱います

申込み状況：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1つ選択してください。

※詳しくは [別紙1](#)「入力時の諸注意」を参照してください。

☐ 1.経過措置配置

今回の受講希望者は令和3年度までの基礎研修  
指定期間終了後も配置（予定）。

☐ 2.不在

サビ管が不在（減算中）であり、今回の受講希望  
者としてみなし配置をされている場合。

☐ 3.新規

東京都内で新たに事業開始の予定であり、今回の  
受講希望者として配置（予定）。

☒ 4.定員増

利用者定員増加に伴い、指定要件上のサビ管  
として増員配置等する（予定）。

☐ 5.交代

現在のサビ管の退職・人事異動等により今回の受講希望者に交代する（予定）。

☐ 6.増員

指定要件上のサビ管配置人数は不足していないが、支援の質の向上やサビ管の負担軽減のために、今回の受講希望者をサビ管として増員配置する（予定）。

### 【今回の申込に係る状況】

「3」～「6」を選択した方は、下の「新規・定員増・交代・増員の時期」に具体的な年月を入力してください。

※未定の場合は、「未定」を選んでください。  
※新規・定員増・交代・増員の時期は必ず本研修修了（令和7年3月）以降を選んでください。

新規・定員増・交代・増員の時期：令和  年  月

※可能な限り具体的な年月を選択  
※本研修修了（令和6年3月）以降を選択

## サビ管・児発管として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

事業所名称：

※新設事業所は、仮称あるいは未定と入力 ※

所在地：☒ 東京23区 ☐ 23区以外の市町村

区市町村：

事業所指定番号：13

※事業者指定の状況入力については [別紙1](#)「

指定年月日：

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

☐ 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

※従事予定事業所が実施(予定含む)するサービス

従事予定事業所：

から申込み人数

※今後、サビ管、児発管として従事される  
同事業所からお申込される人数を入力して  
ください

### 【従事予定の事業所所在地】

東京都以外の事業所は対象外です。

### 【事業所指定番号】（新設事業所以外の方）

事業所指定番号は、10桁のものです。13（東京都）に続く8桁を入力してください。

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。

### 【実施サービス名】

多機能型の場合は、受講者がサビ管・児発管として従事する予定の事業にチェックを入れてください。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。※複数選択可

児発管）数

※0名の場合は0名と入力

## 受講希望者の状況について

受講希望者氏名：氏 財団 名 五郎

ふりがな：氏 ざいだん 名 ござん

生年月日： 1980/05/15

優先順位：従事予定事業所申込人数 2 名中 1 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

現在所属の法人名称： ○○○株式会社  
※スペースを入れない

現在所属の事業所名称： ○○○事業所  
※スペースを入れない

### 【生年月日】

生年月日の入力ミスが多発しております。修了証書に印字する重要な情報ですので、お間違いないようお願いいたします。

### 【優先順位】

優先順位は選考基準になる項目です。他の申込者と重複しないようご注意ください。

## 実務経験について

※実務経験については 別紙2（サビ管用）又は 別紙3（児発管用）を参照の上、入力

サビ管・児発管として配置するために必要な実務経験要件の種別： 5. 国家資格等による業務にサビ管は通算3年以上、児発

従事年数 相談支援業務： 1 年 0 ヶ月

従事年数 直接支援業務： 4 年 0 ヶ月

所持資格（社会福祉主事任用資格等）： 選択してください

※プルダウンで表示されるもの以外は対象外

所持資格（国家資格等）： 社会福祉士

※プルダウンで表示されるもの以外は対象外

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

主たる実務経験分野：障害福祉サービス等

生活介護

その他

※内容を入力（例：特別支援学校教員）

## 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 ☒ M ☐ N ☐ O ☒ P

### 【参加日程】

実施案内をご確認いただき、参加可能な日程全てにチェックを入れてください。※複数選択可

## 基礎研修修了後、実践研修開始日前の相談支援又は直接支援業務の経験の確認

- (1) 平成30年度までのサービス管理責任者等研修（分野別）または児童発達支援管理責任者研修+相談支援従事者初任者研修（2日課程）を修了しているが、令和元年度～5年度（昨年度）までの更新研修が未修了

※令和元年度～5年度（昨年度）の更新研修を修了されている方は対象ではありません。

- (2) 令和元年度～5年度の基礎研修修了者

基礎研修修了後、実践研修開始日前

○ 2年以上

- 6ヵ月以上(例外的)

※下記添付書類の3項目目、届出

※届出書に受付印（届出様式第4号）

の相談支援又は直接支援業務

上記で6ヶ月以上（例外的）

内容が下記項目を満たすこと

い。

OJTの業務の具体的な内容

において「個別支援計画作成の業務に従事する」ことで以下の業務をいう。

- ① 利用者について面接した上でアセスメントを行い、適切な支援内容の検討を行う。（基準省令第58条第2、3項等 参照）
- ② アセスメント及び支援内容の検討結果に基づき個別支援計画の原案を作成する。（基準省令第58条第4項等 参照）
- ③ 個別支援計画の作成に係る会議を開催し、上記原案の内容について担当者等から意見を求める。（基準省令第58条第5項等、解釈通知第四の3(7)②ア等  
※ サービス管理責任者等のもとで基礎研修修了者が業務に従事する場合は、サービス管理責任者等が開催する上記会議に参画すること。
- ④ 上記原案の内容について利用者又はその家族に対して説明し、文書により利用者の同意を得、個別支援計画を利用者に交付する。（基準省令第58条第6項等、解釈通知第四の3(7)②イ、ウ等 参照）
- ⑤ 定期的に個別支援計画の実施状況の把握及び利用者についての継続的なアセスメント(モニタリング)を行い、少なくとも6月に1回以上個別支援計画の見直しを行い、必要に応じて個別支援計画の変更を行う。（基準省令第58条第6項等、解釈通知第四の3(7)②エ等 参照）

☒ 上記を実施した

【基礎研修修了後、実践研修開始日前の相談支援又は直接支援業務の経験の確認】

(2) 令和元年～5年度の基礎研修修了者で、研修開始日前日（令和6年12月11日）までの実務経験が「6か月以上（例外的）」を選択された方は、下記OJT業務の内容をよくご確認ください上で、相違がなければ「上記を実施した」にチェックを入れてください。

※相違がある場合、研修の申し込みはできません。



※添付可能なファイルの拡張子

※添付可能なファイルの拡張子

※添付可能なファイルの拡張子  
※受付印の無いものは無効

上の実務経験の確認で（１）平成 30 年度までの～、または（２）令和元年～で 2 年以上を選択された方は、上二つ（受講証明書と修了証書）を添付してください。また、（２）令和元年～で 6 ヶ月以上を選択された方は、全て（受講証明書、修了証書に加え届出書）を添付してください。

送信

申込み完了後は「申込み完了のお知らせ」メールがすぐに届きますので、大切に保管ください。  
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。

1 名につき、1 フォームずつのお申し込みが必要となります。

お手数ですが、その都度ホームページにアクセスしていただき、申込ボタンをクリックしてください。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。