

※サービス管理責任者 更新研修の申込みには使用できません。

記入日 令和 年 月 日

【推 薦 書 欄】※推薦書欄は受講希望者が所属する法人・事業所等が記入してください。

標記研修の受講者として下記の者を推薦します。

法人等の名称	法人又は 事業所の 代表者	職 氏名	印
事業所等の 名称			
指定事業所番号			
〒	-		
事業所等 所在地 住 所	問合せ担当者名		
	事業所等連絡先		

※申込時点で、受講希望者がいずれの事業所等にも所属していない場合又は推薦を受けない場合には、推薦書欄は未記入にしてください。

記

太枠内を確認し、記入してください。

ふりがな					受講希望者 生年月日		昭和	年 月 日		
受講希望者 氏名（自筆）	※自筆で記入に○				※該当する元号		平成			
受講希望者 連 絡 先	※日中、連絡が取れる電話番号を記入		職名 職位 ※番号に○	サービス管理責任者・児童 1 発達支援管理責任者・管理 者のいずれか		優先順位	名 中 番 目			
				2 相談支援専門員						
				3 その他の職名・職位		※ 同一事業所から推薦する人数と、当該受講者の優先順位を記載。（推薦者が1名/推薦なしの場合は「1名中1番目」）				
				4 事業所に所属していない						
【確認 1】研修の修了状況（令和3年度以降に修了した児童発達支援管理責任者 実践研修又は更新研修について） ※ 該当するものに○を付け、 <u>研修修了証書の写し</u> を提出してください。										
修了年度 (修了日)		令和3年度 (R3. 4. 1～R4. 3. 31)		令和4年度 (R4. 4. 1～R5. 3. 31)		令和5年度 (R5. 4. 1～R6. 3. 31)		令和6年度 (R6. 4. 1～R7. 3. 31)		令和7年度 (R7. 4. 1～R8. 3. 31)
更新時期	令和4年度～令和8年度		令和5年度～令和9年度		令和6年度～令和10年度		令和7年度～令和11年度		令和8年度～令和12年度	
【確認 2】受講対象者の状況 ※(1)又は(2)のいずれかに○を付けてください。(2)を選択した方のうち、該当する方は(3)にも○を付けてください。 ※ 申込書類は、以下に記載されているもの以外にも必要な場合があります。 <u>必ず募集要綱を御確認ください。</u>										
(1)	申込み時点で（現在）、指定障害福祉サービス事業所、指定障害者支援施設、指定障害児入所施設又は指定障害児通所支援事業所においてサービス管理責任者、児童発達支援管理責任者もしくは管理者として従事している、又は指定一般相談支援事業所、指定特定相談支援事業所もしくは指定障害児相談支援事業所において、相談支援専門員として従事している。 《注意》上記に当てはまる場合でも、事業所等からの推薦がない（＝証明者がいない）場合は、実務経験証明書の提出が必要です。（この場合、記入日現在までの証明であれば期間は問いません）									
(2)	本研修の受講開始前5年間（令和3年11月20日から令和8年11月19日まで）において、通算して2年以上、指定障害福祉サービス事業所、指定障害者支援施設、指定障害児入所施設又は指定障害児通所支援事業所においてサービス管理責任者、児童発達支援管理責任者もしくは管理者として従事していた、又は指定一般相談支援事業所、指定特定相談支援事業所もしくは指定障害児相談支援事業所において相談支援専門員として従事していた。 ➡ 様式3「実務経験証明書」を提出してください。									
※確認	(3)	申込時点で法人・事業所に所属していない、又は推薦がなく、住所地が宮城県内である。 ➡ 様式3「実務経験証明書」とあわせて「住民票（原本）」を提出してください。								
受講にあたり、配慮が必要な場合は右欄に○				※必要な身体的配慮について具体的に御記入ください。 ()						

(注意点)

- ① 証明内容に虚偽が判明した場合は、研修受講後であっても受付を取り消します。
- ② 上記でいう「事業所」はいずれも宮城県内に所在するものに限ります。たとえ本社が宮城県内に所在していても、事業所が宮城県外に所在する場合は該当しません。開設前（開設準備中）の事業所は該当しません。

*申込者は記入しないでください➡

申込番号	受付番号	受講対象者区分					添付書類						
		2年度	現任	必置	不要	推薦無	事前登録	修了証	様式3 枚	返信用封筒	住民票	戸籍抄本	内定通知

記入例1

※サービス管理責任者 更新研修の申込みには使用できません。

記入日 令和 8 年 月 日

【推薦書欄】※推薦書欄は受講希望者が所属する法人・事業所等が記入してください。

標記研修の受講者として下記の者を推薦します。

法人等の名称 社会福祉法人会

法人又は
事業所の
代表者 氏名 福祉 研修
職 理事長

社会福祉法人
福祉会
印

事業所等の
名称 放課後等デーサービス

指定事業所番号 9 8 7 6 5 4 3 2 1 0

〒 123 - 4567

事業所等
所在地 住 所 宮城県仙台市宮城野区幸町

問合せ担当者名 更新 太郎

事業所等連絡先 022-123-4567

※申込時点で、受講希望者がいずれの事業所等にも所属していない場合又は推薦を受けない場合には、推薦書欄は未記入にしてください。

記

太枠内を確認し、記入してください。

ふりがな					受講希望者 生年月日	昭和	2 年 10 月 5 日				
受講希望者 氏名 (自筆)	自筆で記入				※該当する元号 に○	○	平成				
受講希望者 連 絡 先	022-000-0000		職名 職位 ※番号に ○	1 サービス管理責任者・児童 発達支援管理責任者・管理 者のいずれか 2 相談支援専門員 3 その他の職名・職位 4 事業所に所属していない		優先順位	1 名中 1 番目				
※日中、連絡が取れる電話番号を記入											
【確認1】研修の修了状況 (令和3年度以降に修了した児童発達支援管理責任者 実践研修又は更新研修について) ※ 該当するものに○を付け、研修修了証書の写しを提出してください。											
修了年度 (修了日)	令和3年度 (R3.4.1~R4.3.31)	○	令和4年度 (R4.4.1~R5.3.31)		令和5年度 (R5.4.1~R6.3.31)		令和6年度 (R6.4.1~R7.3.31)		令和7年度 (R7.4.1~R8.3.31)		
更新時期	令和4年度~令和8年度		令和5年度~令和9年度		令和6年度~令和10年度		令和7年度~令和11年度		令和8年度~令和12年度		
【確認2】受講対象者の状況 ※(1)又は(2)のいずれかに○を付けてください。(2)を選択した方のうち、該当する方は(3)にも○を付けてください。 ※ 申込書類は、以下に記載されているもの以外にも必要な場合があります。必ず募集要綱を御確認ください。											
(1)	申込み時点で(現在)、指定障害福祉サービス事業所、指定障害者支援施設、指定障害児入所施設又は指定障害児通所支援事業所においてサービス管理責任者、児童発達支援管理責任者もしくは管理者として従事している、又は指定一般相談支援事業所、指定特定相談支援事業所もしくは指定障害児相談支援事業所において、相談支援専門員として従事している。 《注意》上記に当てはまる場合でも、事業所等からの推薦がない(=証明者がいない)場合は、実務経歴証明書の提出が必要です。(この場合、記入日現在までの証明であれば期間は問いません)										
(2)	本研修の受講開始前5年間(令和3年11月20日から令和8年11月19日まで)において、通算して2年以上、指定障害福祉サービス事業所、指定障害者支援施設、指定障害児入所施設又は指定障害児通所支援事業所においてサービス管理責任者、児童発達支援管理責任者もしくは管理者として従事していた、又は指定一般相談支援事業所、指定特定相談支援事業所もしくは指定障害児相談支援事業所において相談支援専門員として従事していた。 ⇒ 様式3「実務経歴証明書」を提出してください。										
※確認	(3)	申込時点で法人・事業所に所属していない、又は推薦がなく、住所地が宮城県内である。 ⇒ 様式3「実務経歴証明書」とあわせて「住民票(原本)」を提出してください。									
受講にあたり、配慮が必要な場合は右欄に○				※必要な身体的配慮について具体的に御記入ください。 ()							

(注意点)

- ① 証明内容に虚偽が判明した場合は、研修受講後であっても受付を取り消します。
- ② 上記でいう「事業所」はいずれも宮城県内に所在するものに限ります。たとえ本社が宮城県内に所在していても、事業所が宮城県外に所在する場合は該当しません。開設前(開設準備中)の事業所は該当しません。

*申込者は
記入しな
いでくだ
さい⇒

申込番号	受付番号	受講対象者区分					添付書類						
		2年度	現任	必置	不要	推薦無	事前 登録	修了証	様式3 枚	返信用 封筒	住民 票	戸籍 抄本	内定 通知

様式2

令和8年度宮城県児童発達支援管理責任者更新研修 受講申込書

記入例2

※サービス管理責任者 更新研修の申込みには使用できません。

記入日 令和 8 年 月 日

【推薦書欄】※推薦書欄は受講希望者が所属する法人・事業所等が記入してください。

標記研修の受講者として下記の者を推薦します。

法人等の名称 社会福祉法人会

事業所等の名称 放課後等デイサービス

指定事業所番号 9 8 7 6 5 4 3 2 1 0

事業所等所在地 住 所 宮城県仙台市宮城野区幸町

法人又は事業所の代表者 氏名 福祉 研修

職 理事長

問合せ担当者名 更新 太郎

事業所等連絡先 022-123-4567

※申込時点で、受講希望者がいずれの事業所等にも所属していない場合又は推薦を受けない場合には、推薦書欄は未記入にしてください。

記

太枠内を確認し、記入してください。

ふりがな			受講希望者生年月日	昭和	2 年 10 月 5 日	
受講希望者氏名（自筆）	自筆で記入		※該当する元号に○	○	平成	
受講希望者連絡先	022-000-0000	職名 職位 ※番号に○	サービス管理責任者・児童 1 発達支援管理責任者・管理者のいずれか 2 相談支援専門員 3 その他の職名・職位 4 事業所に所属していない	優先順位	2 名中 2 番目	
※日中、連絡が取れる電話番号を記入						
【確認1】研修の修了状況（令和3年度以降に修了した児童発達支援管理責任者 実践研修又は更新研修について） ※ 該当するものに○を付け、研修修了証書の写しを提出してください。						
修了年度 （修了日）	令和3年度 （R3.4.1～R4.3.31）	○	令和4年度 （R4.4.1～R5.3.31）	令和5年度 （R5.4.1～R6.3.31）	令和6年度 （R6.4.1～R7.3.31）	令和7年度 （R7.4.1～R8.3.31）
更新時期	令和4年度～令和8年度	令和5年度～令和9年度	令和6年度～令和10年度	令和7年度～令和11年度	令和8年度～令和12年度	
【確認2】受講対象者の状況 ※(1)又は(2)のいずれかに○を付けてください。(2)を選択した方のうち、該当する方は(3)にも○を付けてください。 ※ 申込書類は、以下に記載されているもの以外にも必要な場合があります。必ず募集要綱を御確認ください。						
(1)	申込み時点で（現在）、指定障害福祉サービス事業所、指定障害者支援施設、指定障害児入所施設又は指定障害児通所支援事業所においてサービス管理責任者、児童発達支援管理責任者もしくは管理者として従事している、又は指定一般相談支援事業所、指定特定相談支援事業所もしくは指定障害児相談支援事業所において、相談支援専門員として従事している。 《注意》上記に当てはまる場合でも、事業所等からの推薦がない（＝証明者がいない）場合は、実務経歴証明書の提出が必要です。（この場合、記入日現在までの証明であれば期間は問いません）					
(2)	本研修の受講開始前5年間（令和3年11月20日から令和8年11月19日まで）において、通算して2年以上、指定障害福祉サービス事業所、指定障害者支援施設、指定障害児入所施設又は指定障害児通所支援事業所においてサービス管理責任者、児童発達支援管理責任者もしくは管理者として従事していた、又は指定一般相談支援事業所、指定特定相談支援事業所もしくは指定障害児相談支援事業所において相談支援専門員として従事していた。 ⇒ 様式3「実務経歴証明書」を提出してください。					
※確認	(3)	申込時点で法人・事業所に所属していない、又は推薦がなく、住所地が宮城県内である。 ⇒ 様式3「実務経歴証明書」とあわせて「住民票（原本）」を提出してください。				
受講にあたり、配慮が必要な場合は右欄に○		※必要な身体的配慮について具体的に御記入ください。 ()				

- (注意点)
- ① 証明内容に虚偽が判明した場合は、研修受講後であっても受付を取り消します。
- ② 上記でいう「事業所」はいずれも宮城県内に所在するものに限ります。たとえ本社が宮城県内に所在していても、事業所が宮城県外に所在する場合は該当しません。開設前（開設準備中）の事業所は該当しません。

*申込者は記入しないでください➡	申込番号	受付番号	受講対象者区分					添付書類						
			2年度	現任	必置	不要	推薦無	事前登録	修了証	様式3枚	返信用封筒	住民票	戸籍抄本	内定通知