

## 別紙2

# 受講対象区分2（サービス管理責任者等） 受講者推薦及び申込書「記入上の注意」

(注1) ○次の表から該当する受講理由番号を記入してください。

○受講理由1、2を選んだ方は、サービス管理責任者等として従事する予定日を備考欄に記入して下さい。

○受講理由4を選んだ方は、その理由を備考欄に記入して下さい。

受講理由番号	受講理由
1	今年度、障害福祉サービス事業所等でサービス管理責任者等として従事する予定である。
2	来年度、指定障害福祉サービス事業所等でサービス管理責任者として従事する予定である。
3	今後、指定障害福祉サービス事業所等でサービス管理責任者として従事する予定であるが、日付は未定である。
4	その他

(注2) ・平成31年度新潟県サービス管理責任者及び児童発達支援管理者基礎研修の受講予定について○を付けてください（研修申込は別途必要です）。

(注3) ・実務経験が満たされているか確認するための参考にしますので、相談支援業務、直接支援業務（介護等業務）の実務経験年数について記入をお願いします。  
・サービス管理責任者の実務要件は「参考資料2」を、児童発達支援管理責任者の実務要件は「参考資料3」をご確認ください。

(注4) ・実務経験が満たされているか確認するための参考にしますので「参考資料2,3」のb欄1～4またはd欄に該当する資格の有無について記入をお願いします。

(注5) ・車椅子を使用している場合、または手話通訳、要約筆記を希望する場合は、備考欄に記入してください。