

令和7年度サービス管理責任者等更新研修受講申込書

令和7年〇月〇日

岩手県社会福祉士会会長 様

事業所所在地	〒 020 - ***** 岩手県盛岡市〇〇〇〇		
法人名	社会福祉法人〇〇〇〇		
事業所名	□□□□園	事業所代表者氏名	陸奥 一郎
事業所電話番号	019 (**) *****	研修申込担当者氏名	窓口 次郎
事業所FAX番号	019 (**) *****		

代表印
(認印は不可)

標記研修について、次の者に受講させたいので申込書を提出します。

ふりがな	いわて さぶろう	生年月日	昭和・平成 2年11月5日
受講希望者氏名	岩手 三郎	現在の職名	サービス管理責任者
対象者	① サービス管理責任者等実践研修又は更新研修の修了後、現にサービス管理責任者等、管理者若しくは相談支援専門員として従事している者 ② 令和3年度から令和4年度の間にサービス管理責任者等実践研修を修了した者で本研修受講前5年間に於いて通算2年以上従事していた者 ③ 令和2年度から令和4年度の間にサービス管理責任者等更新研修を修了した者で本研修受講前5年間に於いて通算2年以上従事していた者		
研修受講歴	サービス管理責任者等研修修了年度 令和3年度 (研修名 サービス管理責任者等更新研修) ____年度 (研修名 _____) ____年度 (研修名 _____) ____年度 (研修名 _____)		
区分	1 現にサービス管理責任者等として従事している 2 過去にサービス管理責任者等として従事したことがある 3 過去にサービス管理責任者等として従事したことはないが、今後従事する予定 4 過去にサービス管理責任者等として従事したことがなく、今後も未定		
同一事業所から複数名申し込む場合	事業所として令和8年度までに更新する必要がある人数 _____人		
	事業所内ですでに更新研修を修了した人数 _____人		
	事業所から今年度受講させたい人数 _____人		
修了証希望	1 サービス管理責任者研修 2 児童発達支援管理責任者研修 3 サービス管理責任者及び児童発達支援管理責任者		

【受講希望者の実務経験】

※令和7年10月末時点での経歴を記載のこと。

（従事期間について、対象者①に該当する場合は、現在の所属における従事期間を記入してください。対象者②及び対象者③に該当する場合は本研修受講前5年間において2年間以上の実務経験がわかるよう経歴をご記入ください）

事業所名	職名	従事期間	年月
□□□□園	サービス管理責任者	令和4年4月 ～令和7年10月	3年7月
		____年 ____月 ～ ____年 ____月	____年 ____月
		____年 ____月 ～ ____年 ____月	____年 ____月
		____年 ____月 ～ ____年 ____月	____年 ____月

※① 各空欄には記載事項を、番号欄には○印を、下線部には数値の記載をお願いします。

※② 添付書類：過去のサービス管理責任者等研修修了証書の写し

直近で受講したサービス管理責任者等更新研修修了証書の写し

※③ サービス管理責任者及び児童発達管理責任者双方の修了証の交付を希望する場合には、**実務要件を満たしているか再度御確認ください。**

参加にあたり何らかの措置を御希望の方は、以下に御記入ください。

（なお、御要望には対応できない場合があることをあらかじめ御了承ください。）

例：車いす又は電動車いすの使用、手話通訳の必要性等

令和7年12月9日（火）郵送必着。郵送(110円切手添付の返信用封筒同封)のこと。