令和７年　　月　　日

様式2号

埼玉県福祉部障害者支援課長　殿

（申込者）

氏名　　　　　　　　　　　　　　（自署）

令和7年度埼玉県サービス管理責任者等ファシリテーター養成研修　受講申込書

埼玉県サービス管理責任者等研修ファシリテーター養成研修実施要領を確認のうえ、下記のとおり標記研修に申し込みます。なお、所属事業所からの推薦が得られない理由は下記のとおりです。

記

１　所属事業所からの推薦が得られない理由（具体的に記入してください）

２　申込内容

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| フリガナ |  | 生年月日 | 昭和・平成　　　年　　　月　　　日 |
| 受講者氏名 |  |
| 所属法人事業所名 | 法人名：事業所名：事業種別： | 連絡先電話番号 |  |
| 連絡先メールアドレス |  |
| サービス管理責任者又は児童発達支援管理責任者として従事したことのある事業種別と従事年数 | 事業種別 | 従事年数（単位：　年　ヶ月） |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
| 受講要件の確認 | 受講要件を満たしているものに、左枠にチェック（✓）を入れてください。 |
| チェック欄 | 受講要件 |
|  | （１）次年度以降、埼玉県サービス管理責任者等研修（指定研修含む）でファシリテーターに従事することが可能であるもの |
|  | （２）令和元年度以降に、埼玉県サービス管理責任者等基礎研修を受講したもの |
|  | （３）現に埼玉県サービス管理責任者等研修（指定研修含む）でファシリテーターに従事しているもの、又は従事したことがあるもの |
|  | （４）現にサービス管理責任者、児童発達支援管理責任者、相談支援専門員、管理者として従事しているもの、又はそれらの職に就いたことがあるもの |