

三重県サービス管理責任者・児童発達支援管理責任者【更新研修】 申込フォーム

※申込期限：9月9日(火)17時迄

(注)Googleフォームからの回答のみでは申込完了とならず、郵送での書類提出(9/9消印有効)も必要です。詳しくは開催要項をご確認ください。

※申込者1名につき必ず1回入力してください。

※本フォームに記載した内容の控えは、送信ボタンを押した後、入力したメールアドレスに自動送信されます。メールアドレスに誤りがないか、入力後よくお確かめください。

※メールアドレスは、受講決定に関する情報を受け取れるものを入力してください。

※本研修の詳細については、<https://www.miewel-1.com/training/>をご覧ください。

※平成30年度以前にサビ児管研修を受け、一度も更新研修を受講していない方は、11月頃から募集する「サービス管理責任者・児童発達支援管理責任者実践研修」に申込・受講してください。

【問合せ】三重県社会福祉協議会福祉育成支援課 サビ管更新研修担当 059-213-0533

*必須の質問です。

1。 メールアドレス *

2。 氏名(漢字) *

3。 氏名(カタカナ) *

4。 生年月日 *

例: 2019 年 1 月 7 日

5。 郵便番号(自宅) *

6。 住所(自宅) *

7。 電話番号(携帯電話または自宅) *

8。 現職名 ※複数回答可 *

当てはまるものをすべて選択してください。

- ☐ サービス管理責任者
- ☐ 児童発達支援管理責任者
- ☐ 管理者(サビ管、児発管の配置がある事業所に限る)
- ☐ 相談支援専門員
- ☐ その他:

9。 勤務経験のある事業所の事業種別 ※複数選択可 *

当てはまるものをすべて選択してください。

- ☐ 療養介護
☐ 生活介護
☐ 施設入所支援
☐ 自立訓練(機能訓練)
☐ 共同生活援助
☐ 自立生活援助
☐ 自立訓練(生活訓練)
☐ 就労移行支援
☐ 就労継続支援A型事業所
☐ 就労継続支援B型事業所
☐ 就労定着支援
☐ 児童発達支援
☐ 医療型児童発達支援
☐ 放課後等デイサービス
☐ 居宅訪問型児童発達支援
☐ 保育所等訪問支援
☐ 福祉型児童発達支援センター
☐ 医療型児童発達支援センター
☐ 福祉型障害児入所施設
☐ 医療型障害児入所施設
☐ いずれも勤務経験がない。
☐ その他: _____

11。 サービス管理責任者・児童発達支援管理責任者研修の受講・修了歴 *

1つだけマークしてください。

- ☐ 令和2年度(令和2年4月1日～令和3年3月31日)に【更新研修を修了】
☐ 令和3年度以降に【更新研修を修了】
☐ 令和3年度以降に【実践研修を修了】

12。 上記設問にて、令和3年度以降に更新研修又は実践研修を終了したと回答した方は、受講理由をお聞かせください。
令和2年度更新研修修了の方は回答不要です。

13。 所持している修了証書の種類 *
※お持ちの修了証書の種類に基づき、今回の研修の修了証書を発行します。

1つだけマークしてください。

- ☐ サービス管理責任者の修了証書
☐ 児童発達支援管理責任者の修了証書
☐ 両方(サービス管理責任者と児童発達支援管理責任者)の修了証書
☐ その他: _____

10。 今後の従事状況について *

1つだけマークしてください。

- ☐ 三重県内の事業所に所属しており、今後も引き続き従事予定である。
☐ 現在は他の都道府県の実業所に所属しているが、今後は三重県内の事業所で従事予定である。
☐ その他: _____

受講に必要な実務経験について

14。

直近5年以内のサービス管理責任者としての経験 *

※2人目以降のサービス管理責任者の場合、県への届出をしていない場合・期間は含まれません。

※「直近5年以内」とは、令和2年10月28日以降を指します。

1 つだけマークしてください。

- ☐ 現在、サービス管理責任者として従事している。
- ☐ サービス管理責任者として2年以上の従事経験がある。
- ☐ サービス管理責任者としての従事経験がない。
- ☐ その他: _____

15。

直近5年以内の児童発達支援管理責任者としての経験 *

※2人目以降の児童発達支援管理責任者の場合、県への届出をしていない場合・期間は含まれません。

※「直近5年以内」とは、令和2年10月28日以降を指します。

1 つだけマークしてください。

- ☐ 現在、児童発達支援管理責任者として従事している。
- ☐ 児童発達支援管理責任者として2年以上の従事経験がある。
- ☐ 児童発達支援管理責任者としての従事経験がない。
- ☐ その他: _____

16。

直近5年以内の管理者としての経験 *

※「管理者」とはサービス管理責任者、児童発達支援管理責任者の配置が必要な事業所における管理者に限ります。

※「直近5年以内」とは、令和2年10月28日以降を指します。

1 つだけマークしてください。

- ☐ 現在、管理者として従事している。
- ☐ 管理者として2年以上の勤務経験がある。
- ☐ 管理者としての従事経験がない。
- ☐ その他: _____

17。

直近5年以内の相談支援専門員としての経験 *

※「直近5年以内」とは、令和2年10月28日以降を指します。

1 つだけマークしてください。

- ☐ 現在、相談支援専門員として従事している。
- ☐ 相談支援専門員として2年以上の勤務経験がある。
- ☐ 相談支援専門員としての従事経験がない。
- ☐ その他: _____

現在の勤務状況について

18。

現在の勤務状況 *

1 つだけマークしてください。

- ☐ 障がい分野の事業所に所属している。
- ☐ 障がい分野以外（学校、病院等含む）の福祉関係の事業所等に所属している。
- ☐ 現在は所属先はないが、今後、所属する予定。
質問 28 にスキップします
- ☐ その他: _____

所属先の情報について

19。 所属先の法人名 *

20。 所属先の事業所名 *

21。 郵便番号(事業所) *

22。 住所(事業所) *

23。 電話番号(事業所) *

24。 FAX番号(事業所) *

25。 所属先のある圏域 *

1 つだけマークしてください。

- ☐ 桑名員弁圏域(いなべ市、桑名市、東員町、木曽岬町)
- ☐ 四日市圏域(四日市市、朝日町、川越町、菟野町)
- ☐ 鈴鹿亀山圏域(鈴鹿市、亀山市)
- ☐ 津圏域(津市)
- ☐ 伊賀圏域(伊賀市、名張市)
- ☐ 松阪多気圏域(松阪市、大台町、多気町、明和町)
- ☐ 伊勢志摩圏域(伊勢市、鳥羽市、志摩市、玉城町、度会町、大紀町、南伊勢町)
- ☐ 紀北圏域(尾鷲市、紀北町)
- ☐ 紀南圏域(熊野市、御浜町、紀宝町)
- ☐ その他: _____

26。 同一事業所からの申込人数と受講優先順位 *

1 つだけマークしてください。

- ☐ 申込者1人
- ☐ 申込者2人、優先順位1番目
- ☐ 申込者2人、優先順位2番目
- ☐ 申込者3人、優先順位1番目
- ☐ 申込者3人、優先順位2番目
- ☐ 申込者3人、優先順位3番目
- ☐ その他: _____

27。 所属先の事務担当者名 *

申込・受講に関する確認

特記事項・要配慮事項 記入欄 *

(例)「軽度の難聴があるが、受講については特に配慮は不要。」「11月から所属先が変わる可能性がある。」「持病があり研修中に服薬が必要。」など。

29. 申込手続きに係る確認 *

※「令和7年度三重県サービス管理責任者・児童発達支援管理責任者更新研修」の申込は、本申込フォームの送信と郵送書類の提出が必要です。詳細は、開催要項をご確認ください。

1 つだけマークしてください。

☐ 郵送書類を9月9日(火)【必着】までに提出することを理解しています。

受講にあたってのアンケート

この項目は、研修にてグループ分けをする際などに参考とする問いです。厳密でなくとも結構ですので、回答をお願いします。

30. サービス管理責任者としての経験 *

※2人目以降のサービスの管理責任者の場合、県への届出をしていない場合・期間は含まれません。

※これまでの従事経験について通算して回答してください。

1 つだけマークしてください。

- ☐ サービス管理責任者として1～3年の従事経験がある。
- ☐ サービス管理責任者として3～5年の従事経験がある。
- ☐ サービス管理責任者として5年以上の従事経験がある。
- ☐ サービス管理責任者としての従事経験がない。

31.

サービス管理責任者として従事経験がある事業所の種別 ※複数回答可 *
※期間は5年以内に限りません。

当てはまるものをすべて選択してください。

- ☐ 共同生活援助(グループホーム)
- ☐ 就労分野(就A、就B、就労定着、就労移行など)
- ☐ 障害者支援施設(入所)
- ☐ 自立訓練(機能訓練、生活訓練)
- ☐ 生活介護
- ☐ サビ管の従事経験なし
- ☐ その他: _____

32.

児童発達支援管理責任者としての経験 *

※2人目以降の児童発達支援管理責任者の場合、県への届出をしていない場合・期間は含まれません。

※これまでの従事経験について通算して回答してください。

1 つだけマークしてください。

- ☐ 児童発達支援管理責任者として1～3年の従事経験がある。
- ☐ 児童発達支援管理責任者として3～5年の従事経験がある。
- ☐ 児童発達支援管理責任者として5年以上の従事経験がある。
- ☐ 児童発達支援管理責任者としての従事経験がない。

33.

児童発達支援管理責任者として従事経験がある事業所の種別 ※複数回答可 *
※期間は5年以内に限りません。

当てはまるものをすべて選択してください。

- ☐ 児童発達支援
- ☐ 放課後等デイサービス
- ☐ 障害児入所施設
- ☐ 児発管としての経験なし
- ☐ その他: _____

34。

管理者としての経験 *

※「管理者」とは サービス管理責任者、児童発達支援管理責任者の配置が
必要な事業所における管理者に限ります。

1 つだけマークしてください。

- ☐ 管理者として1～3年の従事経験がある。
- ☐ 管理者として3～5年の従事経験がある。
- ☐ 管理者として5年以上の従事経験がある。
- ☐ 管理者としての従事経験がない。

35。

管理者として従事経験がある事業所の種別 ※複数回答可 *

※期間は5年以内に限りません。

当てはまるものをすべて選択してください。

- ☐ 共同生活援助(グループホーム)
- ☐ 就労分野(就A、就B、就労定着、就労移行など)
- ☐ 障害者支援施設(入所)
- ☐ 自立訓練(機能訓練、生活訓練)
- ☐ 生活介護
- ☐ 児童発達支援
- ☐ 放課後等デイサービス
- ☐ 障害児入所施設
- ☐ 管理者の経験なし
- ☐ その他: _____

36。

相談支援専門員としての経験 *

1 つだけマークしてください。

- ☐ 相談支援専門員として1～3年の従事経験がある。
- ☐ 相談支援専門員として3～5年の従事経験がある。
- ☐ 相談支援専門員として5年以上の従事経験がある。
- ☐ 相談支援専門員としての従事経験がない。

37。

相談支援専門員として従事経験がある事業所の種別 ※複数回答可 *

※期間は5年以内に限りません。

当てはまるものをすべて選択してください。

- ☐ 相談支援事業所
- ☐ 相談支援センター(基幹含む)
- ☐ 相談支援専門員の経験なし
- ☐ その他: _____

38。

自立支援協議会への参加経験 *

1 つだけマークしてください。

- ☐ 自立支援協議会への参加経験がある。
- ☐ 自立支援協議会への参加経験がない。

このコンテンツは Google が作成または承認したものではありません。

Google フォーム