

令和2年度大阪府サービス管理責任者等《更新研修》募集要項

本研修は、一般財団法人大阪府地域福祉推進財団が、大阪府からの指定を受け（指定番号4）厚生労働省の定めた「サービス管理責任者研修事業実施要綱」及び大阪府の定めた「大阪府サービス管理責任者等研修事業者実施要領」に基づいて実施するものです。

1. 目的

障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律及び児童福祉法の適切かつ円滑な運営に資するため、サービスや支援の質の確保に必要な知識、技術を有するサービス管理責任者並びに児童発達支援管理責任者の養成を図ることを目的とします。

2. 受講対象者

平成31年3月31日までにサービス管理責任者等（サービス管理責任者及び児童発達支援管理責任者）としての従事要件を満たしている方。

※1回目の更新研修受講に実務経験は必要ありません。ただし、2回目以降の更新研修受講には、受講日前5年の間に2年以上のサービス管理責任者等、管理者、相談支援専門員としての実務経験、又は現にサービス管理責任者等、管理者、相談支援専門員として従事していることが必要です。

3. 優先順位

- ① 平成18年度から平成23年度の間にサービス管理責任者等研修を修了した方で、令和元年度に受講申し込みをしたが、定員超過等により受講不可だった方（受講不可番号のある方）
- ② 平成24年度から平成27年度の間にサービス管理責任者等研修を修了した方

※複数分野を修了している方は、最初に修了した分野の年度で優先順位をつけます。

※優先順位が同一となった場合は、以下の順に受講決定します。

- ① 申込時点で、サービス管理責任者等、管理者、相談支援専門員として、障がい福祉サービス事業所等に従事している方。
※申込書に所属の記入と事業所印の押印が必要です。
- ② 今後、サービス管理責任者等、管理者、相談支援専門員として、障がい福祉サービス事業所等に従事予定の方。
※採用予定の法人等が記入・押印した採用内定通知書等（写し）があれば添付してください。

※先に大阪府内に所在する障がい福祉サービス事業所等において従事する方（予定も含みます）を優先します。定員に余裕があれば他府県に所在する事業所等において従事する方を受講決定します。

4. 指定研修事業者・募集期間等について

事業者名	一般財団法人 大阪府地域福祉推進財団（指定番号4）
募集期間	令和2年8月3日（月）～8月26日（水）
研修期間	令和2年12月10日（木）～令和3年3月11日（木）
募集定員	1500名（各日程60名）

5. 研修日程・会場

※研修は1日課程(講義1H、演習5H)の6時間です。

※日程は事務局で決定し、受講決定通知にてお知らせします。(日程の指定はできません)

延期K日程	令和2年12月10日(木)	⑧日程	令和2年12月25日(金)	⑯日程	令和3年2月15日(月)
延期L日程	令和2年12月11日(金)	⑨日程	令和3年1月13日(水)	⑰日程	令和3年2月18日(木)
①日程	令和2年12月14日(月)	⑩日程	令和3年1月14日(木)	⑲日程	令和3年2月19日(金)
②日程	令和2年12月15日(火)	⑪日程	令和3年1月25日(月)	⑳日程	令和3年2月25日(木)
③日程	令和2年12月16日(水)	⑫日程	令和3年1月26日(火)	㉑日程	令和3年2月26日(金)
④日程	令和2年12月17日(木)	⑬日程	令和3年2月4日(木)	㉒日程	令和3年3月2日(火)
⑤日程	令和2年12月22日(火)	⑭日程	令和3年2月5日(金)	㉓日程	令和3年3月3日(水)
⑥日程	令和2年12月23日(水)	⑮日程	令和3年2月9日(火)	㉔日程	令和3年3月8日(月)
⑦日程	令和2年12月24日(木)	⑯日程	令和3年2月10日(水)	㉕日程	令和3年3月11日(木)

会場：大阪府社会福祉会館

大阪市中央区谷町7-4-15【大阪メトロ 谷町線/長堀鶴見緑地線「谷町六丁目」駅下車500m】

6. 研修カリキュラム

9:30~9:50	受付
9:50~10:00	開講式・オリエンテーション
10:00~11:00	障がい者福祉施策の最新の動向(講義)
11:00~11:10	休憩
11:10~12:40	事業所としての自己検証(演習)
12:40~13:40	昼休憩(60分)
13:40~15:10	関係機関との連携(演習)
15:10~15:20	休憩
15:20~17:20 (内休憩含む)	サービス管理責任者等としての自己検証 (演習)
17:20~17:30	修了証書交付・閉講式

7. 受講費用：10,000円

- ・「振込先」、「振込方法」は受講決定通知書に同封して送付いたします。
- ・納付済の受講料は、いかなる理由があっても返金できませんのでご注意ください。
- ・領収証の発行はいたしません。金融機関の「お振込み控え」等をもって、領収証にかえさせて頂きます。
- ・振込手数料は、受講者で負担してください。

8. 研修の修了及び修了証書の交付

- ・修了証書の交付については、1日課程の講義・演習を全て受講して頂く必要があります。
- ・事前課題の提出がない場合や、未記入の多い課題提出については、研修の受講ができません。

※10分以上の遅刻、早退、電話連絡等による途中退室があった場合は研修修了とみなしません。

そのほか、受講態度が著しく不良(途中退席、居眠り、スマートフォンの操作など)の場合も、修了証書を交付できない場合がありますので、あらかじめご了承ください。

※その他、申し込み内容に虚偽が判明した場合は、修了証書交付後であっても、修了の取消し等の措置をとることがあります。

9. 申込み方法・受講決定通知について

(1) 必要書類

1	受講申込書及び推薦書（別紙①）	
2	サービス管理責任者等研修の修了証書の写し	複数分野の修了証書をお持ちの方は、最初に修了した分野の修了証書の写しを添付
3	相談支援従事者初任者研修（2日課程）の修了証書の写し	旧障がい者ケアマネジメント研修修了証書及び相談支援従事者初任者研修（1日課程）、又は相談支援従事者初任者研修（5日課程）修了証書でも可
4	採用内定通知書等の写し	府内事業所等に従事予定のある場合のみ 該当者のみ
5	返信用封筒（長形3号）	94円切手を貼付、宛先を記入したもの (複数申込の場合 1名につき1通分を用意)

※各種修了証書を亡失した方は、『研修修了証書交付証明願』にて請求をしてください。

証明書の交付には、2週間程度お時間をいただきます。各研修機関へお問い合わせください。

※受講申込書及び推薦書の更新研修の申し込み状況欄に「受講不可番号」を書き添えて応募する場合には、上記2・3の各修了証書の写しの提出は必要ありません。（令和元年度の申込時に確認済みであるため）

① 「受講申込書及び推薦書」<別紙①>に必要事項を記入

↓ **※記入漏れや書類に不備があった場合、申込受付ができません。**

※平日の日中に連絡がつく電話番号を必ずご記入ください。

② 「申込必要書類確認書」<別紙②>の【必要書類準備確認】・【同封確認】欄で必要書類を確認

↓

③ 申込み書類一式を、下記の申込先へ郵送

【申込先】 〒542-0012 大阪府大阪市中央区谷町7丁目4番15号

一般財団法人大阪府地域福祉推進財団 人材育成課「サービス管理責任者等研修事務局」

TEL：06-4304-3031 FAX：06-4304-2941

E-mail : sabikan@fine-osaka.jp

締め切り：令和2年8月26日（水） ※消印有効

※令和2年8月26日（水）までの消印で事務局に届いた申込書類のみ受け付けます。

※事務局に直接申込書を持参しての研修申込は受付いたしません。

※ご提出いただいた書類については、返却いたしませんのであらかじめご了承ください。

※受講決定の可否については、同封いただいた返信用封筒で郵送にてお知らせいたします。

※受講決定通知が10月30日（金）の時点で届いていない場合のみ、事務局にお問合せください。

【追記事項】

※今後の新型コロナウイルス感染症の拡大防止対策の状況によっては、日程の変更又は中止や実施方法が変更となる可能性がありますので、その旨をご理解、ご了承のうえで、お申込みいただきますようお願い申し上げます。

※変更等の情報は当財団 H.P(<http://www.fine-osaka.jp/>)に掲載いたしますのでご確認願います。

※新型コロナウイルス感染症の拡大防止対策を講じながら研修を進めて参ります。マスクの着用にご協力いただけない方や、当日体調が悪い方は、研修の受講を控えていただく場合がありますのでご了承ください。

受付NO

【別紙①】

令和2年度大阪府サービス管理責任者等更新研修 受講申込書及び推薦書

※必ず**本人が記入**のうえ、配置（予定）の法人・事業所等代表者から推薦を受けてください。

※各項目について記入漏れのないよう正確に記入してください。記入漏れや不備があった場合は申込み受付をいたしません。

※**虚偽**の内容により申込みをされた場合は、修了証書交付後であっても取り消し等の措置をとることがあります。

ふりがな		男 ・ 女	昭和・平成 年 月 日生	
申込者氏名 ※正確に記入してください			申込者電話番号（平日の日中に連絡がつく電話番号） □ — —	
自宅住所	〒 -			
研修受講における配慮事項	1. 必要 2. 不要	※配慮について【必要】な方は、該当する項目に○をつけてください。 1. 車いす（電動・手動） 2. 手話通訳 3. 要約筆記 4. 点字資料 5. 拡大文字 6. その他（ ）		同行介助者（有・無）
研修の修了状況 ※修了証書の写しを添付してください。	旧サービス管理責任者等研修修了年度		平成 年度	修了分野
	※複数分野を修了している方は、最初に修了した分野の修了証書の写しを添付してください。		平成 年度	修了分野
			平成 年度	修了分野
			平成 年度	修了分野
	相談支援従事者初任者研修（2日課程又は5日課程）修了年度		平成・令和 年度	
相談支援従事者初任者研修（1日課程）修了年度		平成 年度		
旧障がい者ケアマネジメント研修修了年度		平成 年度		
更新研修の申込状況	申込年度	※過去に申し込みをして受講不可だった方はチェックしてください		
		<input type="checkbox"/> 令和元年度	不可番号	大阪第19-4-更新9- -
従事状況 ※該当するものにチェック <input checked="" type="checkbox"/>	サービス管理責任者 児童発達支援管理責任者 管理者 相談支援専門員	<input type="checkbox"/> 現に従事している		
		<input type="checkbox"/> 現在は従事していないが、本研修修了後、従事する。		
		<input type="checkbox"/> 現在は従事していないが、配置、交代が必要になった場合に備え、本研修を受講する。		
		<input type="checkbox"/> 現在、従事しておらず、今後も従事する予定がない。		
		※平成28年1月から令和2年12月まで（見込み）の経験を記載してください。		
実務経験年数等 ※平成31年3月31日までにサービス管理責任者等としての従事要件を満たしている方は、右記の実務経験がなくても1回目の更新研修を受講できます。	事業所名	職名 ※該当する番号に○	従事期間	年月
		1. サービス管理責任者 2. 児童発達支援管理責任者 3. 管理者 4. 相談支援専門員 5. その他()	平成 ~ 年 月	年 ヶ月
		1. サービス管理責任者 2. 児童発達支援管理責任者 3. 管理者 4. 相談支援専門員 5. その他()	~ 年 月	年 ヶ月
		1. サービス管理責任者 2. 児童発達支援管理責任者 3. 管理者 4. 相談支援専門員 5. その他()	~ 年 月	年 ヶ月
		1. サービス管理責任者 2. 児童発達支援管理責任者 3. 管理者 4. 相談支援専門員 5. その他()	~ 年 月	年 ヶ月
	通算			年 ヶ月

申込者氏名

受付NO

現在従事している 又は 今後従事する 事業所及び 実施事業種別 ※法人・会社名など 必ず正式名称を 記入してください。	法人・企業等名				
	事業所等名				
	事業所等所在地	〒 -			
	事業所等電話番号	 — —	問合せ担当者名 (ひらがな)		
	事業種別	1. 療養介護 2. 生活介護 3. 就労移行支援 4. 就労定着支援 5. 就労継続支援A型 6. 就労継続支援B型 7. 自立訓練（機能訓練・生活訓練） 8. 共同生活援助 9. 自立生活援助 10. 放課後等デイサービス 11. 児童発達支援 12. 保育所等訪問支援 13. 障がい児入所支援 14. 医療型児童発達支援 15. 市町村・府機関 16. 相談支援（一般・特定） 17. 障がい児相談支援 18. 重度障がい者等包括支援 19. 居宅介護 20. 重度訪問介護 21. 行動援護 22. 同行援護 23. 短期入所 24. 高齢福祉関係 25. ()			
<input type="checkbox"/> 従事する事業所が未定、又は従事する予定がない方はチェックしてください。					
本研修修了後の 従事予定	※修了証書が異なりますので、サービス管理責任者及び児童発達支援管理責任者として従事予定がない方も必ずいずれかに○をつけてください。 ※配置に係る実務経験を満たさない種別は選択できません。サービス管理責任者と児童発達支援管理責任者双方の実務経験を満たす方は、一方の修了証書で双方従事することが可能です。				
	1. サービス管理責任者 • 2. 児童発達支援管理責任者				
	<input type="checkbox"/> 選択した種別の配置に係る実務経験を満たしている方はチェックしてください。				

推薦欄

下記の者について、本申込書に記入した内容について相違ないことを確認し、受講者として推薦いたします。

また、下記推薦者について受講に関する不正があった場合は当該受講者の受講不可その他必要な措置を行うことについて承知しています。

令和 年 月 日

法人・企業等名

事業所等名

事業所等所在地 〒 -

事業所等電話番号

法人・事業所等代表者



※個人印は不可、コピー不可

受講申込者
署名欄

本研修の受講申込みにあたり、学則及び募集要項に記載の内容に了承し、本申込書に虚偽なく記入いたしました。

また、推薦者からの推薦の取り下げがあった場合は、それに従います。

当該事業の指定申請状況等について、事業の指定権者へ照会することについて了承します。

令和 年 月 日

受講申込者署名 (自筆)

理由欄

※推薦が得られない場合および指定権者へ照会することに了承できない場合は必ず理由を記入してください。

令和 年 月 日

受講申込者署名

記入見本

受付NO

令和2年度大阪府サービス管理責任者等更新研修 受講申込書及び推薦書

※必ず**本人が記入**のうえ、配置（予定）の法人・事業所等代表者から推薦を受けてください。

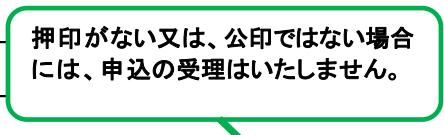
※各項目について記入漏れのないよう正確に記入してください。記入漏れや不備があった場合は申込み受付をいたしません。

※虚偽の内容により申込みをされた場合は、修了証書交付後であっても取り消し等の措置をとることがあります。

ふりがな	おおさか	たろう	男	昭和・平成 57年 8月 10日生	
申込者氏名 ※正確に記入してください	大阪	太郎	女	申込者電話番号（平日の日中に連絡がつく電話番号） 06 - 4304 - 3031	
自宅住所	〒 542 - 0012 大阪市中央区谷町7丁目4番15号				
研修受講における配慮事項	1. 必要 <input checked="" type="checkbox"/> 2. 不要	※配慮について【必要】な方は、該当する項目に○をつけてください。 1. 車いす（電動・手動） 2. 手話通訳 3. 要約筆記 4. 点字資料 5. 拡大文字 6. その他（ ）			
研修の修了状況 ※修了証書の写しを添付してください。	旧サービス管理責任者等研修修了年度 ※複数分野を修了している方は、最初に修了した分野の修了証書の写しを添付してください。		平成 24 年度	修了分野 介護	
			平成 26 年度	修了分野 地域生活(知的・精神)	
			平成 27 年度	修了分野 就労	
			平成 年度	修了分野	
	相談支援従事者初任者研修（2日課程又は5日課程）修了年度		平成・令和 25 年度		
	相談支援従事者初任者研修（1日課程）修了年度		平成 年度		
旧障がい者ケアマネジメント研修修了年度		平成 年度			
更新研修の申込状況	申込年度	※過去に申し込みをして受講不可だった方はチェックしてください			
※該当するものにチェック <input checked="" type="checkbox"/>	児童発達支援官埋責仕者 管理者 相談支援専門員	<input checked="" type="checkbox"/> 令和元年度	不可番号	大阪第19-4-更新9-22-9999	
		<input checked="" type="checkbox"/> 現に従事している			
		<input type="checkbox"/> 現在は従事していないが、本研修修了後、従事する。			
		<input type="checkbox"/> 現在は従事していないが、配置、交代が必要になった場合に備え、本研修を受講する。			
		<input type="checkbox"/> 現在、従事しておらず、今後も従事する予定がない。			
			※平成28年1月から令和2年12月まで（見込み）の経験を記載してください。		
実務経験年数等 ※平成31年3月31日までにサービス管理責任者等としての従事要件を満たしている方は、右記の実務経験がなくても1回目の更新研修を受講できます。	事業所名	職名 ※該当する番号に○	従事期間	年月	
	放課後等ティサービス〇〇教室	1. サービス管理責任者 2. 児童発達支援管理責任者 3. 管理者 4. 相談支援専門員 5. その他()	平成 30年 4月 ～ 令和2年 12月	2年9ヶ月	
	□□□作業所	1. サービス管理責任者 2. 児童発達支援管理責任者 3. 管理者 4. 相談支援専門員 5. その他()	平成 28年 1月 ～ 30年 3月	2年3ヶ月	
		1. サービス管理責任者 2. 児童発達支援管理責任者 3. 管理者 4. 相談支援専門員 5. その他()	年 月 ～ 年 月	年 ヶ月	
		1. サービス管理責任者 2. 児童発達支援管理責任者 3. 管理者 4. 相談支援専門員 5. その他()	年 月 ～ 年 月	年 ヶ月	
		1. サービス管理責任者 2. 児童発達支援管理責任者 3. 管理者 4. 相談支援専門員 5. その他()	年 月 ～ 年 月	年 ヶ月	
		通 算		5年0ヶ月	

申込者氏名	大阪 太郎	受付NO	
-------	-------	------	--

現在従事している 又は 今後従事する 事業所及び 実施事業種別 ※法人・会社名など 必ず正式名称を 記入してください。	法人・企業等名	株式会社△△△△		
	事業所等名	放課後等ディサービス○○教室		
	事業所等所在地	〒 542-0012 大阪市中央区谷町7丁目4-15		
	事業所等電話番号	☎ 06 — 4304 —3031	問合せ担当者名 (ひらがな)	さいだん
	事業種別	1. 療養介護 2. 生活介護 3. 就労移行支援 4. 就労定着支援 5. 就労継続支援A型 6. 就労継続支援B型 7. 自立訓練（機能訓練・生活訓練） 8. 共同生活援助 9. 自立生活援助 10. 放課後等ディサービス 11. 児童発達支援 12. 保育所等訪問支援 13. 障がい児入所支援 14. 医療型児童発達支援 15. 市町村・府機関 16. 相談支援（一般・特定） 17. 障がい児相談支援 18. 重度障がい者等包括支援 19. 居宅介護 20. 重度訪問介護 21. 行動援護 22. 同行援護 23. 短期入所 24. 高齢福祉関係 25. その他（ ） <input type="checkbox"/> 従事する事業所が未定、又は従事する予定がない方はチェックしてください。		
	※該当する全ての番号に ○をつけてください			
本研修修了後の 従事予定	※修了証書が異なりますので、サービス管理責任者及び児童発達支援管理責任者として従事予定がない方も必ず <u>いすれか</u> に○をつけてください。 ※配置に係る実務経験を満たさない種別は選択できません。サービス管理責任者と児童発達支援管理責任者双方の実務経験を満たす方は、一方の修了証書で双方従事することが可能です。			
	1. サービス管理責任者 • 2. 児童発達支援管理責任者			
	<input checked="" type="checkbox"/>	選択した種別の配置に係る実務経験を満たしている方はチェックしてください。		

推薦欄	下記の者について、本申込書に記入した内容について相違ないことを確認し、受講者として推薦いたします。 また、下記推薦者について受講に関する不正があった場合は当該受講者の受講不可その他必要な措置を行う ことについて承知しています。 令和 2 年 8 月 20 日		
法人・企業等名	株式会社△△△△		
事業所等名	放課後等ディサービス○○教室		
事業所等所在地	〒542-0012 大阪市中央区谷町7丁目4番15号		
事業所等電話番号	06-4304-3031		
法人・事業所等代表者名	代表者 氏名		
受講申込者署名欄	 令和 2 年 8 月 20 日 大阪 太郎 (自筆)  <small>*個人印は不可、コピー不可</small>		
受講者自筆の署名がない場合には、申込の受理はいたしません。	令和 2 年 8 月 20 日 大阪 太郎 (自筆)		
理由欄	※推薦が得られない場合および指定権者へ照会することに了承できない場合は必ず理由を記入してください。 令和 年 月 日 受講申込者署名		