株式会社マルク　福祉研修アカデミー

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 令和７年度 愛媛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** 受講申込書 | | | | | | | | | | | | | | | |
| 令和7年〇月〇日  サービス管理責任者更新研修　申込フォームからのWEB申込はお済みでしょうか？　はい　・　いいえ  ※申込フォームからのご登録がまだの方は、申込フォーム入力と送信をお願いします。 | | | | | | | | | | | | | | | |
| フリガナ | |  | | | | | | | | 生年月日  昭和　・　平成  　　　年　　月 　　日 | | | 研修当日連絡がつく電話番号（携帯電話等） | | |
| 氏　名 | |  | | | | | | | |  | | |
| 自宅住所 | | 〒 | | | | | | | | | | | | | |
| 更新を希望している（修了証書の交付を希望している）職種に〇をつけてください  ＊フォームと相違がないようにご対応ください。 | | | | | | | | | | | | サービス管理責任者・児童発達支援管理責任者研修の  修了年度※複数修了している場合は最新の修了年度 | | | |
|  | | | サービス管理責任者 | | | | | | | | | 年度 | | | |
|  | | | 児童発達支援管理責任者 | | | | | | | | |
| 相談支援従事者初任者研修修了年度  ※該当する方へ〇をつけてください。  未受講の方は申し込みできません。 | | | | | | | | |  | | （　　　　　　　　　　　　　）年度に２日課程を受講済 | | | | |
|  | | （　　　　　　　　　　　　　）年度に全課程を修了済 | | | | |
| 現在の勤務先について | 法人名 | |  | | | | | | | | | | | 現在の役職・職名・担当業務 | |
|  | |
| 事業所名 | |  | | | | | | | | | | |
| 事業所  所在地 | | 〒 | | | 住所 | |  | | | | | | | |
| TEL | | | | | | | | | | | | |
| ↑　現在、勤務先がない方については空欄で構いません。 | | | | | | | | | | | | | | | |
| 今回の申し込みに  係る状況  ※該当するものに  〇をつけてください | | | |  | １．現在、サービス管理責任者または児童発達支援管理責任者の業務に従事している | | | | | | | | | | |
|  | ２．今後、サービス管理責任者または児童発達支援管理責任者の業務に従事する予定がある | | | | | | | | | | |
|  | ３． その他（具体的に⇒　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | | | | | | | | |
| 勤務先(事業所名)には、  現に以下の業務に従事している者又は、更新研修受講開始前の5年間のうち以下の業務を2年以上従事している者が対象です。つきましては、以下の職務経験を入力ください。  サービス管理責任者・児童発達支援管理責任者・障害者総合支援法に基づく障害福祉サービス等事業所の管理者・児童福祉法に基づく障害児通所支援事業所又は障害児入所施設の管理者・相談支援専門員としての職務経験【令和7年6月1日時点】 | | | | | | | | | | | | | | | |
| 勤務先（事業所名） | | | | | | | | | | 役職・職名 | | 従事期間 | | | 従事年数 |
|  | | | | | | | | | |  | | 年　　　　　月から  年　　　　　月まで | | | 年　　か月 |
|  | | | | | | | | | |  | | 年　　　　　月から  年　　　　　月まで | | | 年　　か月 |
|  | | | | | | | | | |  | | 年　　　　　月から  年　　　　　月まで | | | 年　　か月 |
|  | | | | | | |  | | | | | 年　　　　　月から  年　　　　　月まで | | | 年　　か月 |
|  | | | | | | |  | | | | | 年　　　　　月から  年　　　　　月まで | | | 年　　か月 |
|  | | | | | | |  | | | | | 年　　　　　月から  年　　　　　月まで | | | 年　　か月 |

|  |  |
| --- | --- |
| 現在の勤務先事業所からの推薦について | |
| **≪　推薦欄　≫**  本申込書の記載内容に相違ないことを確認し、上記の者を受講者として推薦いたします。  　　　　　　年　　　月　　　日  事業所名：  事業所の  代表者名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　押印不要 | |
| ↑《推薦欄》か↓《理由書》のどちらか一方をご記入ください。  事業所からの推薦がない場合でも申し込みが可能です。その場合は↓《理由書》をご記入ください。 | |
| **≪　理由書　≫**※勤務先事業所からの推薦を得られない場合は、その理由を記入してください。  　　　　　　年　　　月　　　日      受講希望者氏名 | |
| 備　　　考 |  |

～注意点～

※修了証書交付の希望については、どちらか一つもしくは両方に〇を付けてください。

※ご記入いただいた個人情報は、当該研修の運営及び修了者情報管理に使用いたします。上記以外の目的で本人の了承なく個人情報を第三者に開示することはありません。

※全日オンライン研修となります。インターネットに繋がる環境でご参加ください。

講義及び演習では、パソコンにZOOMクライアントアプリのダウンロード、カメラ、マイク機能が必要です。動画再生と音声出力ができるパソコン、インターネット回線(有線LAN推奨)、パソコンで使用するメールアドレスが必要となります。

本研修では、スマートフォン・タブレットでの受講は認めておりません。

パソコン以外で受講した際に画面共有等ができないなどの事象が発生する可能性がございます。受講環境はPC限定として許可とします。予めご了承ください。

※受講申込書などの必要書類の提出はメール送付のみの受付としております。

郵送、FAXなどメール送付以外の受付は不可とします。

【事務局専用メールアドレス】[support@fukushi-kenshu.jp](mailto:support@fukushi-kenshu.jp)

※万が一期日を過ぎても受講決定通知書が届かない場合は、お手数ですが事務局までご照会ください。

※お問い合わせについては出来る限り、研修事務局のメールにてご連絡ください。

株式会社マルク　福祉研修アカデミー　研修事務局

メール　[support@fukushi-kenshu.jp](mailto:support@fukushi-kenshu.jp)

株式会社マルク　福祉研修アカデミー　研修事務局

〒７９１－１１０２　愛媛県松山市来住町１３７１－２２

ＴＥＬ（０８９）９０９－３５８３／ＦＡＸ（０８９）９０９－９０６９

メール　[support@fukushi-kenshu.jp](mailto:support@fukushi-kenshu.jp)

株式会社マルク　福祉研修アカデミー　研修事務局

〒７９１－１１０２　愛媛県松山市来住町１３７１－２２

ＴＥＬ（０８９）９０９－３５８３／ＦＡＸ（０８９）９０９－９０６９

メール　[support@fukushi-kenshu.jp](mailto:support@fukushi-kenshu.jp)