

申込書提出先  
〒901-2316 沖縄県北中城村安谷屋1147番地 3階  
おきなわ障がい者相談支援ネットワーク 宛

見本

令和7年度 沖縄県サービス管理責任者実践研修受講申込書(募集期間R7/10/29~11/17)

※受講希望者本人が記入のうえ、配置予定の法人から推薦を受けてください。

(法人推薦が原則となります 個人申請の場合は推薦が受けることができない理由を必ずお書きください)

※申込書はコピーをとり保管してください。原則申込書の返却はいたしません。

※記入漏れや不備があった場合には受付しかねます。記入漏れのないよう正確にご記入ください。

※虚偽の内容により申込をされた場合には修了証書交付後であっても取り消し等の措置を講じることがあります。

**要確認!! ホームページ申込フォームからのWEB申し込みはお済みでしょうか? はい・いいえ**  
**(※住所、メールアドレス、申込区分はWEB申込からご入力となっています)**

(フリガナ) 受講希望者	オキナワ オキタ	生年月日
	沖縄 沖太	(西暦) 1988年 4月 4日
法人・事業所名	社会福祉法人〇〇〇 共同生活援助グループホーム△△	
事業所番号 (複数ある場合は代表1つの番号で構いません)	47000000000	
電話番号 (研修当日に連絡がつく電話番号をお書きください)	098-123-123	
配慮の有無	無	有の場合→ その他→

●研修修了証書について **※①②の修了証のコピーの添付は必須です**

①	相談支援従事者初任者研修(2日課程もしくは7日課程)	修了年月日	H28年 9月 1日	<input checked="" type="checkbox"/>	修了証書もしくは修了証明書のコピーを添付
②	サービス管理者等基礎研修(旧カリキュラム分野別研修)	修了年月日	R4年 9月 30日	<input checked="" type="checkbox"/>	修了証書もしくは修了証明書のコピーを添付

●実務経験について **※実務経験については募集要項6Pまたは当法人のHP参考資料をよくお読みの上、ご記入ください**

1. 基礎研修もしくは相談支援従事者初任者研修(最後に受講した研修)開始までの実務経験

基礎研修(もしくは分野別等)受講開始日までの実務経験年数					
基礎研修受講開始まで (研修修了証書①②の修了年月日のうち後の方)	通算	10	年	5	ヶ月

\*以下に経歴が入らない場合は任意の用紙やHPの経歴書用紙等に追記してください。

勤務期間 (*産休・育休等により業務に従事していない期間は除いて記載してください)	勤続年数 (※1)	事業種別・事業所・機関・施設名	職名	主たる業務(※2)
2012年 4月~ 2015年 3月	3年 ヶ月	社会福祉法人〇〇〇会 生活介護〇〇	生活支援員	直接支援
2015年 4月~ 2017年 3月	2年 ヶ月	社会福祉法人〇〇〇会 就労支援継続B型〇〇	職業指導員	直接支援
2017年 4月~ 2022年 8月	5年 5ヶ月	社会福祉法人〇〇〇会 相談支援事業所〇〇	相談支援専門員	相談支援
年 月~ 年 月	年 ヶ月			

※1 実務経験の年数の考え方については、当法人のHP「研修案内」にある参考資料「サービス管理責任者・児童発達支援管理責任者 研修実務要件Q&A」をご覧ください。

※2 どちらか該当する方をお選びください。

国家資格や社会福祉主事任用資格等(基礎研修受講までの状況) *取得年月も記入	*保有する資格を必ず記入してください。また国家資格者(保育士は有資格者扱いです)は、当該資格に係る業務に従事した期間もお書きください。	
	保有する資格	2013年6月(H25年)介護職員初任者研修

基礎研修等修了となった日 (●研修修了証書①②の修了年月日のうち後の方)		左記の修了となった日より現在 (2025年11月1日)までの 実務経験年数		*以下に経歴が入らない場合は任意の用紙やHPの 経歴書用紙等に追記してご提出ください。			
令和4年 9月 30日				通算	3	年	ヶ月
勤務期間 (*産休・育休等により業務に従事していない 期間は除いて記載してください)	勤続年数 (※1)	事業種別・事業所・機関・施設名		職名		主たる業務(※2)	
2022年 10月～ 2023年 3月	年 6ヶ月	社会福祉法人□□会 相談支援事業所〇〇		相談支援専門員		相談支援	
2023年 4月～ 2025年 10月	3年 ヶ月	社会福祉法人□□会 共同生活援助グループホーム△△		生活支援員		直接支援	
年 月～ 年 月	年 ヶ月						
※1 実務経験の年数の考え方については、当法人のHP「研修案内」にある参考資料「サービス管理責任者・児童発達支援管理責任者 研修実務要件Q&A」をご覧ください。 ※2 どちらか該当する方をお選びください。							

推薦書	上記の者については、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、上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了承します。		
	令和7年 11月 10日	法人・事業所名+代表者名 社会福祉法人□□会 理事長 北中 北夫	
申込者が属する事業所の サビ管署名	琉球 琉子	印	認印可。申込者自身がサビ児管の場合、もしくは現在サビ児管が配置されていない事業所に属している場合記載不要
受講申込者 署名欄	本研修の受講申込にあたり、募集要項等に記載の内容に了承し、虚偽なく記入しました。また、推薦者からの推薦取り下げがあった場合にはそれに従います。申請状況・勤務状況等について確認が必要になった場合には所属先等に照会することについて了承します。		
(こちらの欄は全員記入)	令和7年 11月 11日	受講申込者署名 沖縄 沖太 印	

～OJT2年間でのお申込みの方の記入はココまでです 以下は必要な方のみのご記入になります～

●以下は、基礎研修修了後のOJTについて、**例外的措置6ヶ月での受講申込の方**の申込に関する必要書類(2種類あります)になります。申込書、研修修了書のコピーとあわせて必ずご提出ください。またあわせて、募集要項2P、当法人のHP「研修案内」にあります「サービス管理責任者・児童発達支援管理責任者の受講に係る実務要件OJT告示改正について」を、よくお読みください。

1	<input type="checkbox"/>	指定権者(沖縄県もしくは那覇市)からの申請受理通知メールのコピー	受理の日付	年	月	日
2	<input type="checkbox"/>	別紙・実践研6か月OJT 実務経験証明書のコピー (当法人「研修案内」よりダウンロードしてご記入ください) (指定権者に提出していたコピーがあればそれを提出してください)	個別支援計画作成の一連の業務の人数	人		

●自由記述欄(特記すべき事項がありましたらお書きください)

--