

入力時の諸注意（基礎研修）

お申し込みフォーム

[ホーム](#) > [かなふくセミナー一覧](#) > [かなふくセミナー詳細ページ](#) > お申し込みフォーム

講座名	令和5年度【前期】神奈川県サービス管理責任者・児童発達支援管理責任者 基礎研修 F1コース [演習日 8月3日]
受講申込者情報	
受講者氏名 必須	かなふく 太郎 姓と氏名の間に全角スペースを開けて入力をお
フリガナ 必須	カナフク タロウ フリガナは全角カタカナで入力。 姓と名の間は全角スペースを空けてください
受講者メールアドレス 必須	kanahuku@test.jp eラーニングサイトのIDになります。同一法人で複数申し込む場合は、受講者ごとに違うアドレスを入力してください。

入力時の諸注意（基礎研修）

本人証明書 必須	ファイルの選択 ファイルが選択されていません 運転免許証、保険証等のデータがある方はファイルの選択から添付。（JPG、PDF形式○） 添付が難しい方は、事務局までお電話をお願いいたします。	運転免許書、保険証のデータがある方は ファイルの選択 から添付可能です。（2MBまで） 募集要領 p 5 にて本人確認一覧をご参照下さい。 (添付が難しい方は、メールにて添付をお願いします)
ご連絡先電話番号 必須	045 - 210 - 0788	
ご連絡先FAX番号	045 - 671 - 0295	
ご連絡先郵便番号 必須	受講決定通知とテキストを郵送しますので正確に入力してください 231 - 0023	ご連絡先住所に受講決定通知、テキストを発送します。
ご連絡先都道府県 必須	都道府県 神奈川県	
ご連絡先住所 必須	市・区・町・村 横浜市中区山下町23 建物名 日土地山下町ビル9階	ビル名や部屋番号がある方は入力をお願いします。
ご連絡先法人/団体名 必須	公益社団法人かながわ福祉サービス振興会 ご連絡先住所が法人の方はご連絡先法人名/団体名を必ず入力してください。 個人住所の場合は不要。	
ご連絡先施設・事業所/部署名	教育事業課	

入力時の諸注意（基礎研修）

勤務先施設・事業所名	sabikan事業所		
勤務先電話番号	045	210	0788
サービス種別 必須	就労継続支援B型		
サービス区分 必須	障害		

現在、勤めている勤務先の基本情報をご入力下さい。
(上記のご連絡先と重複しても構いません)

現在、勤めている勤務先のサービス種別をプルダウンから選択。
サービス種別がない方はその他を選択し、入力する。
現在、勤めていない方はその他を選択後、求職中と入力する。

入力時の諸注意（基礎研修）

サビ管研修受講申込	
法人推薦 必須	<input type="radio"/> なし <input checked="" type="radio"/> 法人推薦あり (推薦書の添付の必要はございません)
法人番号 必須	<input type="text" value="123456789"/> 国税庁から指定された法人番号を入力してください。 選考時、本店所在地の確認に使用します。
法人格 必須	<input type="text" value="その他"/> <input type="text" value="公益社団法人"/>
設置主体（法人）名称 必須	<input type="text" value="公益社団法人かながわ福祉サービス振興会"/>
代表者役職名 必須	<input type="text" value="理事長"/>
代表者氏名 必須	<input type="text" value="瀬戸 恒彦"/>
法人住所 必須	<input type="text" value="横浜市中区山下町23 日土地山下町ビル9階"/>
電話番号 必須	<input type="text" value="045"/> - <input type="text" value="210"/> - <input type="text" value="0788"/>
推薦担当者 必須	<input type="text" value="かなふく太郎"/>
推薦担当者メールアドレス 必須	<input type="text" value="kanafuku@test.co.jp"/> 確認のためもう一度入力してください <input type="text" value="kanafuku@test.co.jp"/> 携帯電話のメールをご利用の場合、自動返信メールが届かない場合がございます。 「@kanafuku.jp」からのアドレスが受信できるよう設定をお願いします。

法人内推薦がある場合は、
法人番号以降の項目を必ず入力してください。

法人内推薦がない場合、なしを選択して下さい。

入力時の諸注意（基礎研修）

サビ管・児発管として従事する事業所の状況について（予定含む）	
事業所等名称 必須	<input type="text" value="sabikan事業所"/> ※決まっていない場合は仮称あるいは未定と入力
事業所番号 必須	<input type="text" value="141000000"/> ※決まっていない場合は未定と入力
事業所所在地 必須	<input type="text" value="横浜市中区山下町23 日土地山下町ビル9階"/> ※決まっていない場合は未定と入力
事業所所在地の区分 必須	<input type="text" value="1 横浜市"/> ▼ 事業所が決まっていない方はプルダウンで 7.その他 を選んでください。
指定（開設）状況 必須	<input checked="" type="radio"/> 指定済み（ <input type="text" value="2020"/> 年 <input type="text" value="4"/> 月 <input type="text" value="1"/> 日） <input type="radio"/> 指定予定（ <input type="text" value="--"/> 年 <input type="text" value="--"/> 月 <input type="text" value="1"/> 日） 予定日がわからない場合、2026年12月を設定してください。 予定がわからない方は指定予定を選択後、2026年12月を入力。
利用定員 必須 (多機能型は会計定員を記入)	<input type="text" value="20"/> 人 未定の場合には0を設定してください。
上記事業所等のサービス種類	<input type="text" value="就労継続支援B型"/> ▼ <input type="text" value=""/> ▼ <input type="text" value=""/> ▼ サビ管・児発管として勤務する事業所のサービスの種類をプルダウンから選択。

入力時の諸注意（基礎研修）

選別基準情報

サービス管理責任者等研修の修了状況について 必須

未選択

◎ サービス管理責任者、児童発達支援管理責任者の補足研修（相談支援従事者の初任者研修の講義部分）を修了している。

修了年月日
 西暦 和暦
 2018年6月30日

研修事業者名

修了研修名

補足研修修了証
 ファイルが選択されていません

提出済の方はコピーをこちらに添付してください。※PDFのみ

※研修事業者名が自治体の場合は自治体の名前を入力。

放映会 必須

※希望する場合は理由を記入してください。

1日目の講義動画はオンラインで視聴する。

1日目の講義動画は放映会に参加して視聴する。

※ご自宅や事業所にインターネット環境がなく、eラーニングが受講できない場合のみ参加できます。日程については受講決定後、ご連絡いたします。

受講時に配慮を要する方は該当項目を選択・記入してください。

点字教材

拡大文字教材

手話通訳

申いす席

同行介助者

その他

実務経験が短縮される有資格者の資格を選択してください

必須

サービス管理責任者・児童発達支援管理責任者の補足研修を受講している場合、
研修事業者名をプルダウンから選択し、修了研修名・修了番号の記入をお願いします。

修了証の添付を、より添付して下さい。（2MB）まで

補足研修を修了していない場合、未選択を選択して下さい。

講義動画視聴をオンラインか放映会参加か選んでください。放映会の日程が知りたい方は事務局までご連絡ください。

受講時に配慮が必要な方は入力。

・保有資格により、実務経験が短縮されます。
 保有資格をプルダウンより選択。

入力時の諸注意（基礎研修）

サビ管と児発管の両方の実務要件を満たす方は、両方の基礎研修の修了証の交付を受けることができます。 **必須**

どの修了証の交付を希望しますか？

(3)両方の基礎研修修了証の交付を希望

希望する修了証を必ずプルダウンより選択をお願いします。

実務経験記載欄 **必須**
(実務要件の充足状況)

実務経験証明書の提出は不要
サビ管・児発管両方を希望する場合は両方入力すること

勤務中の方は終了日は演習日（受講日）を入力。
カレンダーは「従事期間」のみ計算できます。

区分	従事区分	設置法人	施設等の名称	サービス区分等	従事業務	実務経験の年数
例 サビ管希望者	直接支援	社会福証人 △△会	△△△ランド	放課後等デイサービス	児童指導員	開始日 2000年1月1日 終了日 2000年2月29日 (60日)
サビ管希望者	直接支援▼	社会福祉法人	グループホーム	共同生活援助	世話人	開始日 2015/04/01 終了日 2020/03/31 (1827日)
サビ管希望者	直接支援▼	公益社団法人	sabikan事業所	就労継続支援	生活支援員	開始日 2020/04/01 終了日 2023/08/03 (1220日)
						開始日 www/mm/dd

実務経験は必ず入力してください。
入力が無い場合は書類不備とみなします。
勤務中の方は終了日は演習日（受講日）にしてください。

サビ管希望者は区分→サビ管希望者
児発管希望者は区分→児発管希望者
に入力してください。

経験が複数ある方はそれぞれ入力してください。
（受講にあたっての実務経験が満たされていれば、直近の実務経験のみでOK）

実務経験の年数は**従事期間のみ**計算できます。
従事日数は計算できないため、実務経験日数を満たしているかどうかはご自身で確認してください。
※1年以上の実務経験・・・実際に業務に従事した日数が1年あたり180日以上であること

入力時の諸注意（基礎研修）

勤務中の方は終了日は演習日（受講日）を入力。

カレンダーは「従業員期間」のみ計算できます。

区分	従事区分	設置法人	施設等の名称	サービス区分等	従事業務	実務経験の年数
例 児発管希望者	直接支援	社会福祉人 △△会	△△△ランド	放課後等 デイサービス	児童指導員	開始日 2000年1月1日 終了日 2000年2月29日 (60日)
児発管希望者	直接支援▼	株式会社かな	かなふくランド	放課後等デ	児童指導員	<input checked="" type="checkbox"/> 障害又は児童の経験の場合 開始日 2012/04/01 終了日 2016/03/31 (1461日)
児発管希望者	▼					<input type="checkbox"/> 障害又は児童の経験の場合 開始日 yyyy/mm/dd 終了日 yyyy/mm/dd (日)
児発管希望者	▼					<input type="checkbox"/> 障害又は児童の経験の場合 開始日 yyyy/mm/dd 終了日

児発管希望者はこちらに入力してください。
サビ管・児発管両方の希望者は両方入力してください。

入力時の諸注意（基礎研修）

連絡事項	<p>ここに記入してください</p> <p>連絡事項や研修に期待する事（学びたい事）がございましたら、ご記入ください</p>
受講料	一般：22,000円
個人情報の使用目的 必須	<p>使用目的</p> <p>お申し込みの際にいただく個人情報は次の範囲内で取り扱わせていただきます。</p> <ol style="list-style-type: none">1. 今回お申し込みいただくセミナーやイベントに関する、入場券の送付や出欠確認、日程や会場変更のご連絡等、受付事務に関する事。2. セミナーやイベントの事前連絡やフォローアップサービスのご案内に関する事。3. セミナーやイベントに関するお問合せへの回答に関する事。 <p><input checked="" type="checkbox"/> 個人情報の取り扱いについて同意します</p> <p>個人情報の取扱いにチェックを入</p>

お申し込み内容の確認

入力時の諸注意（基礎研修）

確認画面

ホーム > かなふくセミナー一覧 > かなふくセミナー詳細ページ > お申し込みフォーム

まだ申し込み登録は完了していません。
下記の内容を確認して間違いなければ一番下の「お申込み」ボタンをクリックしてください。

講座名	令和5年度【前期】神奈川県サービス管理責任者・児童発達支援管理責任者 基礎研修 F1 コース [演習日 8月3日]
受講方法	会場
講師	神奈川県サービス管理責任者・基礎研修講師
講座開始日	2023年8月03日(木)09:30~19:00 (受付 09:15~)
タグ	コミュニケーション 障害 スキルアップ 障害福祉 eラーニング 中級-管理職

お客様情報

申込内容を確認し、内容に間違いがなければお申込みボタンを押してください。
訂正がある場合はフォーム画面に戻るを押してください。

お申し込み

[フォーム画面に戻る](#)

入力時の諸注意（基礎研修）

入力が完了しました！

神奈川県サービス管理責任者等研修にお申込みありがとうございます。
お申込みありがとうございます。申込内容を確認したい方は下記から申込書類をダウンロードしてご確認ください。

なお、申込内容を修正したい方は修正内容を事務局までメールにてお知らせください。
メールアドレス：sabikan@kanafuku.jp

法人から複数の受講者申込みをする場合、法人内優先順位を下記フォームよりお知らせください。

フォームURL：<https://www.kanafuku.jp/formj/index.html>

法人内優先順位がない場合は募集要領の選考基準に従って選考いたします。

同じコースで法人内で複数の申込者がいる場合は、
こちらのリンクから法人内優先順位を入力してください。
コースが別の場合は不要。

申し込み枚数の確認をしたい方は、
こちらのリンクをクリック！
PDFデータがダウンロードできます。
(ダウンロードが出来ない場合は、
事務局よりお送りします)

<各種書類ダウンロード>
[サビ管研修受講申込書PDF](#)

電話番号:045-210-0788

FAX:045-671-0295
