**平成27年度**

**栃木県サービス管理責任者研修（児童発達支援管理責任者研修）**

**事　前　課　題**

１　円滑に自己紹介・自己アピールができるように以下の項目に記入してください。（個人情報保護の観点から氏名・事業所名・研修に際しての意気込み以外は任意の記入です。）

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 氏名 | 事業所名 | 出身地 | 趣味 |
|  |  |  |  |
| 福祉の経験年数 | 福祉以外の経験業種 | 研修に際しての意気込み |
|  |  |  |

２　これまでの研修（資格取得研修、共通講義）で学んだ範囲で、以下の事業等の対象児童や事業目的を調べ、それらの事業等における児童発達支援管理責任者の役割を考えて以下の項目に記入してください。

　また、あなたが現在所属している箇所に「○」を記入します。（該当なしの場合は空白で結構です。）

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | 事業等 | 対象児童 | 事業目的 | 児童発達支援管理責任者の役割 | 現在所属 |
| 障害児通所支援 | 福祉型児童発達支援 |  |  |  |  |
| 医療型児童発達支援 |  |  |  |  |
| 放課後等デイサービス |  |  |  |  |
| 保育所等訪問支援 |  |  |  |  |
| 障害児入所支援 | 福祉型障害児入所施設 |  |  |  |  |
| 医療型障害児入所施設 |  |  |  |  |
| 個別支援計画 | ― | 個別支援計画の目的を記入する。 | 個別支援計画における児童発達支援管理責任者の役割を記入する。 | ― |

※**複写10枚をして必ず持参。**（10枚のうち1枚は当日受付に提出。残りは研修時に使用します。）