**令和3年度栃木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**

**受講申込チェックリスト**

・申込者１名につきチェックリスト１枚を作成し、提出書類に不備がないか、ご確認ください。

・チェックリストは提出書類の１番上に添付してください。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| フリガナ |  | 所属法人名 |  |
| 受講者氏名 |  | 所属事業所名 |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| チェック項目 | | | |
| 1.受講申込提出書類チェックリスト(この用紙）　　添付 | | | |
| ☐ | 受講申込１名につきチェックリストを１枚作成した | | |
| 2.栃木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実施要項 | | | |
| ☐ | 最後まで読んで、内容を確認した | | |
| 3.栃木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申込書(様式１)　　提出 | | | |
| ☐ | 代表書又は管理者の氏名印が押印された | | |
| ☐ | 記載事項に記入漏れはない | | |
| 4.栃木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実務経験証明書(様式2)　　提出 | | | |
| ☐ | 申込時点で実務要件を満たしている　　※別紙　参考1,2参照 | | |
| ☐ | 受講申込者の記名・捺印がされている | | |
| ☐ | 現在、過去の勤務先による記入・押印がされている　　※コピー不可 | | |
| 5.資格証等のコピーの提出 | | | |
| ☐ | 添付した | ☐ | 不要 |
| 6.受講資格取得研修について　　　いずれかにチェックしてください | | | |
| ☐ | 令和3年度受講資格取得研修受講申込済み(　　　月　　　日FAX送信) | | |
| ☐ | 受講資格取得研修受講済み　　(受講証明書コピーを添付した) | | |
| ☐ | 相談支援従事者初任者研修受講済み　　(修了証書の写しを添付した) | | |
| 7.(該当者のみ)婚姻等で修了書証等に記載の姓が現在と異なる | | | |
| ☐ | 戸籍原本等を添付した | | |

サビ管基礎研修申込期限

**令和3年5月27日（木）郵送必着**

期限を過ぎますと受付けいたしません。

郵送先（切り取ってお使いいただけます）

〒320-8508

宇都宮市若草1-10-6とちぎ福祉プラザ２Ｆ

特定非営利活動法人　栃木県障害施設・事業協会

研修担当　久保居　宛

《サビ管基礎研申込》

ＴＥＬ０２８－６７８－２９４３