**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更新研修**

**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） |
| ☐ | 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更新研修実施要項 |
| ☐ | 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更新研修申込書(様式１) |
| ☐ | 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.修了証書のコピーの提出 |
| 提出するいずれか１つにチェックをしてください |
| ※複数の分野を取得している方は取得年月日が**最も古い**修了証書の写し**1部**を添付 |
| ☐ | サービス管理責任者分野別修了証書の写し |
| ☐ | 児童発達支援管理責任者修了証書の写し |
| 5.(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 |

送付先

〒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

TEL０２８－６７８－２９４３

FAX０２８－６１２－１９０２

研修担当　久保居

申込期限

**令和3年8月2日（月）郵送必着**

申込期限を過ぎますと受付いたしません。

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　宛て

ＴＥＬ０２８－６７８－２９４３

令和３年度栃木県サビ管更新研修申込書在中