**令和４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**

・申込施設・事業所１箇所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。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 法人名 |  | 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） |
| ☐ | 申込施設・事業所１箇所につき、チェックリストを１枚作成した |
| 2. 令和４年度サビ児管更新研修開催要項 |
| ☐ | 受講希望者全員が最後まで読んで、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フォーム　 |
| ☐ | 入力後のフォームをプリントアウトし、添付した |
| ☐ | 代表者又は管理者の印が押印された（法人名称の右横にお願いします） |
| 4.サビ児管研修等修了証書のコピー提出 | 申込優先順位①氏名：[　　　　　　] | 申込優先順位②氏名：[　　　　　　] | 申込優先順位③氏名：[　　　　　　] |
| サービス管理責任者分野別修了証書の写し | ☐　添付した☐　分野別を添付 | ☐　添付した☐　分野別を添付 | ☐　添付した☐　分野別を添付 |
| ※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 |
| 児童発達支援管理責任者修了証書の写し | ☐　添付した | ☐　添付した | ☐　添付した |
| 5.(該当者のみ)婚姻等で資格証、修了証書等に記載の姓が現在と異なる | ☐　戸籍原本等を添付した☐　不要 | ☐　戸籍原本等を添付した☐　不要 | ☐　戸籍原本等を添付した☐　不要 |

**サビ管更新研修　申込期限**

**令和４年7月11日（月）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**更新研修**申込》

ＴＥＬ０２８－６７８－２９４３