

# 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)			
<input type="checkbox"/>	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			
<input type="checkbox"/>	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			
<input type="checkbox"/>	入力後のフォームをプリントアウトし、添付した		
<input type="checkbox"/>	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 ※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	<input type="checkbox"/> 添付した <input type="checkbox"/> 分野別を添付	<input type="checkbox"/> 添付した <input type="checkbox"/> 分野別を添付	<input type="checkbox"/> 添付した <input type="checkbox"/> 分野別を添付
児童発達支援管理責任者修了証書の写し	<input type="checkbox"/> 添付した	<input type="checkbox"/> 添付した	<input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> 戸籍原本等を添付した <input type="checkbox"/> 不要	<input type="checkbox"/> 戸籍原本等を添付した <input type="checkbox"/> 不要	<input type="checkbox"/> 戸籍原本等を添付した <input type="checkbox"/> 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け付けいたしません。

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 2 F

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》

TEL 028-678-2943