

# 令和5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。

・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。

法人名	事業所名		
<b>チェック項目</b>			
<b>1.受講申込提出書類チェックリスト(この用紙)を添付した</b>			
<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		
<b>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</b>			
<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		
<b>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(様式1)</b>			
<input type="checkbox"/>	入力後のフォームをプリントアウトし、公印を捺印の上添付した		
<b>4.サビ児管基礎研修実務経験証明書(様式2)を添付した ※コピー不可</b>	申込優先順位① <input type="checkbox"/> 氏名:[            ]	申込優先順位② <input type="checkbox"/> 氏名:[            ]	申込優先順位③ <input type="checkbox"/> 氏名:[            ]
申込時点で実務要件を満たしている	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
受講申込者の記名・捺印がされている	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
現在、過去の勤務先による記入・捺印がされている	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>5.資格証等のコピー</b>	<input type="checkbox"/> 添付した <input type="checkbox"/> 不要	<input type="checkbox"/> 添付した <input type="checkbox"/> 不要	<input type="checkbox"/> 添付した <input type="checkbox"/> 不要
<b>6. 令和5年度受講資格取得研修受講申込(      月      日 フォーム送信済み)</b>	<input type="checkbox"/> 本年度申込み	<input type="checkbox"/> 本年度申込み	<input type="checkbox"/> 本年度申込み
	<input type="checkbox"/> (      年度)受講済み (受講証明書コピーを添付)	<input type="checkbox"/> (      年度)受講済み (受講証明書コピーを添付)	<input type="checkbox"/> (      年度)受講済み (受講証明書コピーを添付)
	<input type="checkbox"/> (      年度)相談支援従事者初任者研修講義部分受講済み (受講証明書の写しを添付した)	<input type="checkbox"/> (      年度)相談支援従事者初任者研修講義部分受講済み (受講証明書の写しを添付した)	<input type="checkbox"/> (      年度)相談支援従事者初任者研修講義部分受講済み (受講証明書の写しを添付した)
<b>7.(該当者のみ)保健医療・福祉・教育等の資格がなく、児童指導員任用資格にて受講申込の場合</b>	<input type="checkbox"/> 高等学校の卒業証明書を添付した <input type="checkbox"/> 不要	<input type="checkbox"/> 高等学校の卒業証明書を添付した <input type="checkbox"/> 不要	<input type="checkbox"/> 高等学校の卒業証明書を添付した <input type="checkbox"/> 不要
<b>8.(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</b>	<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

サビ管基礎研修申込期限

令和5年6月5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

《サビ管基礎研修申込》

TEL 028-678-2943