**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 |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 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）を添付した | | | | |
| ☐ | 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.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 | | | | |
| ☐ | 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(様式１) | | | | |
| ☐ | 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 | | | |
| 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 | | 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：[　　　　　　] |
| 申込時点で実務要件を満たしている | | ☐ | ☐ | ☐ |
| 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・捺印が　されている | | ☐ | ☐ | ☐ |
| 5.資格証等のコピー | | ☐　添付した  ☐　不要 | ☐　添付した  ☐　不要 | ☐　添付した  ☐　不要 |
| 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) | | ☐本年度申込み | ☐本年度申込み | ☐本年度申込み |
| ☐(　　年度)受講済み　(受講証明書コピーを添付) | ☐(　　年度)受講済み　(受講証明書コピーを添付) | ☐(　　年度)受講済み　(受講証明書コピーを添付) |
| ☐(　　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) | ☐(　　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) | ☐(　　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) |
| 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 | | ☐**高等学校の卒業証明書**を添付した  ☐　不要 | ☐**高等学校の卒業証明書**を添付した  ☐　不要 | ☐**高等学校の卒業証明書**を添付した  ☐　不要 |
| 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 | | ☐　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**研修申込》

ＴＥＬ０２８－６７８－２９４３