

令和6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実践研修

《OJT6カ月年以上》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			
<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. 栃木県サービス管理責任者・児童発達支援管理責任者実践研修実施要項			
<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実践研修申込フォーム《OJT6カ月年以上》(様式1)			
<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		
4. サビ児管実践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	申込優先順位②	申込優先順位③
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	氏名:[]	氏名:[]	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"/>
5. サービス管理責任者基礎研修修了証書のコピー	<input type="checkbox"/> 添付した	<input type="checkbox"/> 添付した	<input type="checkbox"/> 添付した
	<input type="checkbox"/> 無し	<input type="checkbox"/> 無し	<input type="checkbox"/> 無し
児童発達管理責任者基礎研修修了書のコピー	<input type="checkbox"/> 添付した	<input type="checkbox"/> 添付した	<input type="checkbox"/> 添付した
	<input type="checkbox"/> 無し	<input type="checkbox"/> 無し	<input type="checkbox"/> 無し
6. 栃木県サービス管理責任者等【実践研修】受講に係る個別支援計画作成業務に関する届出書のコピー	<input type="checkbox"/> 添付した	<input type="checkbox"/> 添付した	<input type="checkbox"/> 添付した
6.(該当者のみ)婚姻等で修了証書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"/> 戸籍原本等を添付した	<input type="checkbox"/> 戸籍原本等を添付した
	<input type="checkbox"/> 不要	<input type="checkbox"/> 不要	<input type="checkbox"/> 不要

サビ管実践研修申込期限

令和6年6月17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（切り取ってお使いください）

〒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 <<令和6年度サビ管実践申込>> 宛

TEL : 028-678-2943