**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**

**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。  
・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） | | | | |
| ☐ | 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6年度サービス管理責任者・児童発達支援管理責任者更新研修実施要項 | | | | |
| ☐ | 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更新研修申込フォーム | | | | |
| ☐ | 入力後の更新研修申込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.サビ児管更新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.サービス管理責任者更新研修修了証書の コピー | | ☐　添付した  ☐　無し | ☐　添付した  ☐　無し | ☐　添付した  ☐　無し |
| 児童発達管理責任者更新研修修了書の コピー | | ☐　添付した  ☐　無し | ☐　添付した  ☐　無し | ☐　添付した  ☐　無し |
| 6.(該当者のみ)婚姻等で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6年6月17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（切り取ってお使いください）

〒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