

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)			
<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			
<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更新研修申込フォーム			
<input type="checkbox"/>	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	申込優先順位②	申込優先順位③
	<input type="checkbox"/> 氏名:[]	<input type="checkbox"/> 氏名:[]	<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"/>
5.サービス管理責任者更新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更新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.(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	<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 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