**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 |
| ☐ | 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 |
| ☐ | 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)　 |
| ☐ | 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☐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基礎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基礎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.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 | ☐　添付した | ☐　添付した | ☐　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 | ☐　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　≪**令和6年度サビ管実践申込**≫宛

ＴＥＬ：０２８－６７８－２９４３