**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**

**≪更新資格失効≫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≪更新資格失効≫(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. 修了証書 | 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：[　　　　　　] |
| サービス管理責任者分野別修了証書のコピー※持っている分野別修了証書全て | ☐　介護・☐地域生活（知的・精神）・☐就労・☐地域生活（身体）を添付 | ☐　介護・☐地域生活（知的・精神）・☐就労・☐地域生活（身体）を添付 | ☐　介護・☐地域生活（知的・精神）・☐就労・☐地域生活（身体）を添付 |
| 児童発達管理責任者研修修了書のコピー※平成30（2018）年度以前の修了者のみ | ☐　添付した☐　無し | ☐　添付した☐　無し | ☐　添付した☐　無し |
| 5.(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