

# 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			
<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《更新資格失効》(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. 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	<input type="checkbox"/> 介護・ <input type="checkbox"/> 地域生活(知的・精神)・ <input type="checkbox"/> 就労・ <input type="checkbox"/> 地域生活(身体)を添付	<input type="checkbox"/> 介護・ <input type="checkbox"/> 地域生活(知的・精神)・ <input type="checkbox"/> 就労・ <input type="checkbox"/> 地域生活(身体)を添付	<input type="checkbox"/> 介護・ <input type="checkbox"/> 地域生活(知的・精神)・ <input type="checkbox"/> 就労・ <input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> 添付した <input type="checkbox"/> 無し	<input type="checkbox"/> 添付した <input type="checkbox"/> 無し	<input type="checkbox"/> 添付した <input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> 戸籍原本等を添付した <input type="checkbox"/> 不要	<input type="checkbox"/> 戸籍原本等を添付した <input type="checkbox"/> 不要	<input type="checkbox"/> 戸籍原本等を添付した <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