

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基礎研修

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)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基礎研修実施要項							
<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基礎研修申込フォーム(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.サビ児管基礎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"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
				氏名:[]	氏名:[]	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.資格証等のコピー				<input type="checkbox"/> 添付した	<input type="checkbox"/> 添付した	<input type="checkbox"/> 添付した	
				<input type="checkbox"/> 不要	<input type="checkbox"/> 不要	<input type="checkbox"/> 不要	
6. 令和6年度受講資格取得研修受講申込(月 日 フォーム送信済み)				<input type="checkbox"/> 本年度申込み	<input type="checkbox"/> 本年度申込み	<input type="checkbox"/> 本年度申込み	
				<input type="checkbox"/> (年度)受講済み (受講証明書コピーを添付)	<input type="checkbox"/> (年度)受講済み (受講証明書コピーを添付)	<input type="checkbox"/> (年度)受講済み (受講証明書コピーを添付)	
				<input type="checkbox"/> (年度)相談支援従事者初任者研修講義部分受講済み (受講証明書コピーを添付)	<input type="checkbox"/> (年度)相談支援従事者初任者研修講義部分受講済み (受講証明書コピーを添付)	<input type="checkbox"/> (年度)相談支援従事者初任者研修講義部分受講済み (受講証明書コピーを添付)	
7.(該当者のみ)保健医療・福祉・教育等の資格がなく、児童指導員任用資格にて受講申込の場合				<input type="checkbox"/> 高等学校の卒業証明書を添付した	<input type="checkbox"/> 高等学校の卒業証明書を添付した	<input type="checkbox"/> 高等学校の卒業証明書を添付した	
				<input type="checkbox"/> 不要	<input type="checkbox"/> 不要	<input type="checkbox"/> 不要	
8.(該当者のみ)婚姻等で資格証、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	

サビ管基礎研修申込期限

令和6年6月6日（木）郵送必着

期限を過ぎますと受け付けいたしません。

※お届け先 TO (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 <<R6 サビ管基礎研修申込>> 宛

TEL : 028-678-2943

※品名 Contents Description (切り取ってお使いください)

令和6年度 サービス管理責任者等基礎研修 申込書類

申込フォームのコピー 資格証等のコピー

実務経験証明書 枚 (枚数記入) 戸籍原本 (該当者)