

令和8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:[]

更新研修 ※令和元年(2019)度、 令和2年(2020)度 更新研修修了者のみ 該当	サービス管理責任者 更新研修修了証書	<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
	児童発達支援管理責任 者更新研修修了証書	<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
サービス管理責任者分野別修了証書のコピー ※平成30(2018)年度以前の修了者のみ該当 ※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該当		<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8年6月5日（金）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8年度サビ管**実践**申込» 宛

TEL : 028-678-2943