

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更新研修

《実践研修修了後の更新研修》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更新研修実施要項				
<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更新研修申込フォーム(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. サビ児管更新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. 実践研修 修了証書のコピー	サービス管理責任者	<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
	児童発達管理責任者	<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
6. (該当者のみ) 【 現在サビ児管の職についている方 】 指定権者に提出した変更届出書の写し(原本証明印を押印したもの)	<input type="checkbox"/> 添付した	<input type="checkbox"/> 添付した	<input type="checkbox"/> 添付した	
7. (該当者のみ) 【 過去5年間で2年以上サビ児管の職についていた方 】 指定権者に提出した変更届出書の写し(原本証明印を押印したもの)	就任時の届出書 <input type="checkbox"/> 添付した	就任時の届出書 <input type="checkbox"/> 添付した	就任時の届出書 <input type="checkbox"/> 添付した	
	退任時の届出書 <input type="checkbox"/> 添付した	退任時の届出書 <input type="checkbox"/> 添付した	退任時の届出書 <input type="checkbox"/> 添付した	
6.(該当者のみ)婚姻等で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"/> 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**更新研修**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**更新**申込>> 宛

TEL : 0 2 8 - 6 7 8 - 2 9 4 3