

平成29年度 障害福祉人材育成研修 受講申込みチェック票

(複数受講を希望される場合は、それぞれの研修申込みにつけてください。)

本受付No.

—

氏名

ここは記入しないでください

サービス管理責任者(児童発達支援管理責任者)研修 (2)

送付前に、同封書類に○をつけてください

<書類チェック項目>

1 研修申込書

送付内容物	日付とチェック担当者			
日付 →				

2 過去の証明書

(過去の初任者研修受講証明書)

(過去の初任者研修修了証書)

(サビ管(介護)の修了証書)

(サビ管(知的・精神)の修了証書)

(サビ管(身体)の修了証書)

(サビ管(就労)の修了証書)

(児童発達支援管理責任者の修了証書)

3 社会保険証の写し

--	--	--	--	--

4 返信用封筒(角形2号以上)

部

返信用切手(140円)

5 実務経験証明書(該当者のみ)

枚

--	--	--	--	--

※1 県外で、相談支援従事者初任者研修(前期)を終了した方は、受講審査を行うので、提出すること。
 ※2 児童発達支援管理責任者研修を受講される方は、受講審査を行うので、提出すること。
 (今年度、本県で相談支援従事者初任者研修(前期)を受講した方を除く。)