郵送用

2021 年度 サービス管理責任者及び
児童発達支援管理責任者 実践研修 受講申込書

令和　　年　　月　　日

法 人 名
代表者名
（職 名）
法 人
所 在 地　（〒　　－　　）

電話番号

※現在、開設準備等で法人等の所属がない場合、個人で申し込むことは可能です。
法人情報の記入欄に個人情報を記入してください。

下記の者について、サービス管理責任者等研修（実践研修）を申し込みます。

記

ふりがな		性 別	生年月日（西暦）
氏　　名		男・女	19　　年　　月　　日生
受講申込区分	1　サービス管理責任者　　2　児童発達支援管理責任者		
受講申込日程	1〔　〕『1回目』　11月30日（火）・12月1日（水） 2〔　〕『2回目』　12月15日（水）・16日（木）		
サビ管等基礎研修修了年月日	（サビ管・児発管）基礎研修 修了年月日　2019 年 ＿＿月 ＿＿日 ※「修了証書」の写しの提出		
実務経験	基礎研修修了日より実践研修受講日までに相談支援または直接支援としての実務経験 （　　年　　月）※2年以上の相談支援または直接支援のため実務経験が必要		
現所属事業所	（〒　　－　　） (所在地 ※市町村名のみ)： (事業所名)： (事業所種別)：		
職　種	1 サビ管(現任)　　2 児発管(現任)　　3 管理者 4 その他(現任でない者含む)（　　）		

【事務局からの郵便物を受け取るにあたり希望する宛先等】

1（　）法人所在地　　2（　）事業所所在地（※記入）　　3（　）法人・事業所以外（※記入）

※ 2･3 の場合のみ記入
（〒　　－　　）
住所：
宛名：

【事務局からの問い合わせを受けるにあたり希望する各項目】

・担当者：　　・メール：

・ＴＥＬ：　　・ＦＡＸ：

確認事項	● 配慮すべき事項（ある場合のみ記入） ・車いす ・ 介助者の同席 ・ その他（　　） ● 氏名に含まれている旧字体ついて、パソコン出力で注意が必要な漢字 1　ない　　2　ある（具体的に　　）