郵送用

**2020年度 サービス管理責任者及び**

**児童発達支援管理責任者　更新研修　受講申込書**

|  |  |
| --- | --- |
| 法人名 |  |
| 代表者名  （職名) |  |
| 法人所在地 | 〒　　　　－ |
| 担当者名 |  |
| 電話番号 | （　　　 　）　　　 － |

　下記の者について、サービス管理責任者等研修 更新研修 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 |
| メールアドレス |  | | |
| 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』　 ８月２６日（水）  ２〔　　〕『２回目』　１０月２１日（水）  ３〔　　〕『３回目』　１２月　９日（水）  ※希望する日程に優先順位の数字記入　（例： 第一希望のみの場合は“１”のみ記入） | | |
| サービス管理  責任者等研修  修了年度 | （ サビ管 ・ 児発管 ）　直近の修了　 　 　　 年度（平成 　　　 年度）修了  ※ 直近の研修「修了証書」の写しの提出 | | |
| 現所属事業所 | （住所）　〒　　　　 　－  （事業所名）  （代表者 職名）  （電話番号）　　　　　　　　　　　　　　　 　　　（ＦＡＸ番号） | | |
| 配慮すべき事項  ※ ある場合記入 | ● 車いす ・ その他（　　　　　　　　　　　　）  ● 研修に介助者が同席されますか（　同席する　・　同席しない　） | | |
| その他  （確認事項） | ● 氏名に含まれている旧字体ついて、パソコンの出力で注意が必要な場合  １ ある（具体的に　　　　　　）　 　２ ない | | |