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		