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　更新研修　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は、個人で申し込むことが可能です。

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（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 |
| 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』　 ９月２２日（水）  ２〔　　〕『２回目』　１０月２７日（水）  ３〔　　〕『３回目』　１２月　８日（水）  ４〔 〇 〕『３回目』　１２月２２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　研修 　 　　 年度修了  ※「修了証書」の写しの提出 | | |
| 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　　　　　　 　 　　 ） |