

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入力してください。

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 [○] 『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について、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)