**（本ラベルを封筒の裏に添付し簡易書留にてご送付ください）**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **受講希望月** |  | **月希望** | **氏　名** |  |
| **法人名** |  | **所属事業所名** |  |
| **所属事業所****所在地** | 〒 | **電話番号** |
|  |

|  |
| --- |
| **修了証希望研修の欄に☑を入れてください（一回の受講につきどちらかとなります）** |
| サービス管理責任者 | **□** |
| 児童発達支援管理責任者 | **□** |
| **同封物（該当する書類の欄に☑を入れてください）** |
| **全員提出** | **申込書****（当校指指定様式①～③）** | 1. サービス管理責任者等【基礎研修】申込書（推薦書）
 | **□** |
| 1. 実務経験確認表
 | **□** |
| 1. 実務経験証明書
 | **□** |
| ※様式①～③はサービス管理責任者受講者および児童発達管理責任者受講者共通となります |
| **該当者のみ** | ●　受講要件に関する資格証明書の写し | **□** |
| ※実務経験年数5年未満の方及び国家資格保有者は、必ず提出 |
| ●　相談支援従事者初任者研修等の修了証書の写し | **□** |
| ※他事業所等で相談支援従事者初任者研修の受講を修了されていたとしても、必ず講義部分の免除となることはお約束できません |
| ●　所持している資格証明書や修了証と、申込書の氏名が異なる場合は、変更したことがわかる書類 | **□** |
| ※例）戸籍抄本の写し、免許証の写し（名前の変更前と変更後がわかるもの） |
| ●　レターパック（受講者それぞれに対し１通） | **□** |
| ※HPにある画像参照の上、返信先（所属事業所名・住所等）と申込者氏名（様）を明記してください。※一つの事業所より複数名の同時申込であっても、修了証の追跡情報を保管するため申込者人数分それぞれ必要です。※レターパックを同封いただけない場合は、修了証はPDFにて発行となります。※申込後に原本からPDFへ発行方法が変更となっても、お送りいただいたレターパックはお返しできません。 |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **教育機関****審査確認欄****（受講生記載不要）** | **書類不備** | **推薦書不備** | **実務経験証明不備** | **資格証写し不備** | **初任研写し不備** | **受講可能** |
| □ | □ | □ | □ | □ |  |
| **基礎研修 東北福祉カレッジ申請様式ラベル** |
| 留意事項：受講者一人ごとに本申請ラベルを作成し簡易書留にて郵送ください。※本誌は白黒印刷で問題ありません |