

(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)

希望受講月		月希望	相談支援従事者初任者研修を修了している場合は右欄に☑	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし
氏名			性別	<input type="checkbox"/> 男	<input type="checkbox"/> 女
法人名			所属事業所名		
所属事業所所在地	〒			電話番号	

修了証希望研修を以下に☑してください

号	修了内容	項目
1	・サービス管理責任者	<input type="checkbox"/>
2	・児童発達支援管理責任者	<input type="checkbox"/>

号	受講要件	項目
3-1	・サービス管理責任者更新研修 受講申込書【様式1】	<input type="checkbox"/>
3-2	・サービス管理責任者更新研修 受講申込書【様式2】	<input type="checkbox"/>
3-3	・児童発達支援管理責任者更新研修 受講申込書【様式3】	<input type="checkbox"/>
3-4	・児童発達支援管理責任者更新研修 受講申込書【様式4】	<input type="checkbox"/>
4	・直近で修了した実践研修修了書の写し ・更新研修(令和5年度末まで)および旧体系研修の修了証書の写し	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

留意事項 ※令和5年度末までに更新しなかった旧体系修了者は、サービス管理責任者等実践研修の修了が必要となります。更新研修受講対象外です。

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
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	



更新研修 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。