**（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☑** | **□あり** | **□なし** |
| **氏 名** |  | **性 別** | **□男** | **□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 | **□** |
| **2** | ‣児童発達支援管理責任者 | **□** |
| **号** | 受　講　要　件 | **項　　目** |
| **1** | **‣相談支援業務で 5 年以上の従事期間で申し込む場合** | □ |
| **1-1** | ‣推薦書・実務経験証明書・実務経験確認表 | □ |
| **1-2** | ‣資格証の写し | □ |
| **2** | **‣直接支援業務で 8 年以上または 5 年以上の従事期間で申し込む場合** | □ |
| **2-1** | ‣推薦書・実務経験証明書・実務経験確認表 | □ |
| **3** | **‣国家資格保有者が行う実務 3 年以上****(サービス管理責任者を申し込む場合)**または相談支援+直接支援業務 3 年以上の従事期間で申し込む場合 | □ |
| **3-1** | ‣推薦書・実務経験証明書・実務経験確認表 | □ |
| **3-2** | ‣資格証の写し | □ |
| **4** | **‣国家資格保有者が行う実務 5 年以上****(児童発達支援管理責任者を申し込む場合)**または相談支援+直接支援業務 3 年以上の従事期間で申し込む場合 | □ |
| **4-1** | ‣推薦書・実務経験証明書・実務経験確認表 | □ |
| **4-2** | ‣資格証の写し | □ |
| **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。 |