

宮崎県サービス管理責任者・児童発達支援管理責任者 実践研修申込書

※押印がない場合、受付できませんのでご注意ください

ふりがな		印	性別	男	女
申込者氏名		印	生年月日	昭和・平成	年 月 日
法人名称	※正式名称を記入してください。		電話番号		
勤務先名称 (所属事業所)	※正式名称を記入してください。		FAX番号		
勤務先所在地	郵便番号				
受講にあたって配慮すべき事項	<input type="checkbox"/> 車椅子用座席 <input type="checkbox"/> その他特記事項 ()				
研修の受講に関する実務経験 (①か②のどちらから該当する方に○を記載してください)	①	■R元年基礎研修了者…令和2年2月7日以降、令和5年1月30日までの実務経験(予定)について記入。	従事した職種		
		■R2年基礎研修了者…令和3年1月13日以降、令和5年1月30日までの実務経験(予定)について記入。	従事歴(予定)	年	ヶ月
	②	★旧カリキュラム(平成30年度以前)のサービス管理責任者研修を修了し、令和元年度以降に講義部分2日を修了した方…令和5年1月30日までの過去5年間に2年以上の実務経験について記入。	従事した職種		
			従事歴(予定)	年	ヶ月
実務経験期間に作成していた個別支援計画の種類	基礎研修修了後、実務経験期間内に主に作成していた個別支援計画の種類について左欄に○を記入してください。			<input type="checkbox"/> ・障がい児の個別支援計画 <input type="checkbox"/> ・上記以外 <input type="checkbox"/> ・作成していない	

《受講申込書類 郵送前 チェック表》 ※必ず□内をチェックした後に郵送してください

■必要箇所はすべて記入しモレはない

■氏名、生年月日に間違いはない

※必ず本人が確認すること・研修担当者が作成し、間違い事例が多発しているため

■サービス管理責任者等研修修了証の複写・受講証明書を添付している

■実務経験(見込)証明書の記載に不備はない

■オンデマンド・オンライン研修が受講可能で、自力で視聴等のための操作ができる。

■留意事項には目を通し、確認した

受講者本人氏名

