

令和 4 年度 佐賀県サービス管理責任者・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

申込担当者・連絡先

※枠内にはっきり見えるようにご記入下さい。□枠内は、該当の項目にレ印をつけてください。

ふりがな			
氏名	□男・□女		
生年月日	□昭和 □平成	年	月 日
事業所等名称※1			
送付先 住所	(□所属・□自宅) 〒 - ※所属先に送付希望の場合は事業所名までご記載ください。		
Email※3 (Zoomにて使用するもの)	※オンライン研修受講者は Zoom にて使用するメールアドレスを記載、Zip ファイルの受け取れるアドレスを準備し、※ アルファベット_ (アンダーバー)、- (ハイフン)、の区別がわかるように記載してください。		
当日連絡先	電話番号：	()	※日中や当日に連絡のつく、電話番号を記載
修了年度 ※ 添付必須	<input type="checkbox"/> 添付有	年度	相談支援従事者初任者研修 講義部分
	<input type="checkbox"/> 添付有		サービス管理責任者等研修 () 分野
業 務			
実務経験歴 ※4	期間	業務内容 (サービス管理責任者・児童発達支援管理責任者・管理者・相談支援専門員)	
実務経験証明書	<input type="checkbox"/> 添付有	サビ児管等の現任者でない場合のみ添付してください	
発行希望※5	<input type="checkbox"/> サービス管理責任者		<input type="checkbox"/> 児童発達支援管理責任者
有資格者			
備考	※申込に関して必要な事項があれば具体的に記載してください		

写真をはる位置
(印刷でも可)

- 縦 36～40 mm
横 24～30 mm
- 本人単身
胸から上
- 裏面のりづけ

※障害等の理由で受講にあたって必要な配慮がある場合はご相談ください。

○事業所等からの所属証明及び推薦

・実施要綱(佐賀県社会福祉士会実施分)を確認し承諾の上、上記記載の内容について虚偽の記載がないことを事業所の責任で確認の上、研修受講について推薦します。(押印に私印は認められません)

施設又は事業所 所在地及び名称	所在地： 名称：
代表者氏名	役職 氏名 職印もしくは事業所印

申込受付期間： 令和 4 年 11 月 7 日 (月) 【必着】

申込書 郵送先 (郵送または持参) 〒849-0935 佐賀市八戸溝 1 丁目 15 番 3 号

メール・FAXは不可

公益社団法人 佐賀県社会福祉士会 徳山・中島 行

注)

1. 事業所等名称：ここに記載された名称は、演習名簿・受付名簿等に記載されますのでご了承下さい
2. 佐賀県サービス管理責任者等 更新研修 実施要綱 4 ア) 受講対象者 参照
3. 記載のメールアドレスに受講決定後 Zoom に関する連絡を送らせていただきますので必ず当日使用するアドレスを記載ください。携帯電話のキャリアメールなどではメール受信できない場合があります。変更がある場合は必ず申し出て下さい。
4. サービス管理責任者・児童発達支援管理責任者・管理者・相談支援専門員での実務経験歴を記載。現任者でない場合は、実務経験証明書（参考様式 4）を添付
5. 発行された修了証で証明する研修会の内容は同一のものとなりますので、どちらか 1 つの発行のみとなります。
6. ・申込に必要な様式
 - ① 更新研修受講申込書（別紙 1）
※顔写真を必ず貼付すること（カラー印刷でも可）
 - ② 添付書類：「相談支援従事者初任者研修 講義 2 日間部分 修了証の写し」及び「サービス管理責任者等研修（分野別）修了証の写し」もしくは「サービス管理責任者・児童発達支援管理責任者基礎研修の修了証の写し」
 - ③ サビ児管、管理者、相談支援専門員の現任者ではない場合
添付書類：実務経験明証（参考様式 4）
（証明する施設等の所在地、名称、代表者氏名及び事業所印があり、受講生の氏名、生年月日、当時所属していた事業所名・種別、業務期間及び従事日数があり、業務内容が記載されたものであればこれ以外の様式でも可）

※ 添付書類は申込書と同時提出が難しい場合は内容を必ず確認した上で研修終了までに提出でも可。

※ 受講料の支払方法は、受講決定通知書とともに各受講者へ通知します。