

宮崎県サービス管理責任者・児童発達支援管理責任者 更新研修申込書

令和 元 年 月 日

宮崎県知事 殿

※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 (該当する欄に○をしてください。)	過去5年間に2年以上のサービス管理責任者・児童発達支援管理責任者・管理者・相談支援専門員としての実務経験を有している。	従事した職種		
		従事歴	年 月	
	サービス管理責任者・児童発達支援管理責任者・管理者・相談支援専門員として現に従事している。	現在の職種		
研修修了状況	サービス管理責任者・児童発達支援管理責任者 研修修了年度	平成 ・ 令和 年度	修了分野	
	※分野別修了証の複写を必ず添付すること			
	サービス管理責任者・児童発達支援管理責任者 更新研修修了年度	令和 年度	※複数回修了した者は、最新の更新研修修了証の複写も添付してください。	

- 注 ① 実践研修を修了した者は、実践研修を修了した翌年度を初年度とする、5年度ごとの各年度末日までに、1回以上の更新研修を修了することが義務付けられています。
- ② 該当期間内に更新されなかった場合、令和以降の受講者（基礎・実践研修）は、実践研修からの再受講となります。

《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ている
- 氏名、生年月日に間違いはない
- サービス管理責任者等研修修了証の複写を添付している
- 複数回更新研修を修了している場合は、実践研修修了証と更新研修修了証の複写を添付している