# サービス管理責任者等基礎研修　受講　チェックリスト

**※このチェックリストは研修修了まで、捨てずにご活用ください！**

|  |  |
| --- | --- |
|  | **お申込み**　　　　**※９月19日（火）まで** |
| □ | 申込みフォームに入力し送信完了した。 |
| □ | 実務経験証明書をFAXした。 |
| □ | 受講要件に関する資格証明書をFAXした。（該当者のみ：介護福祉士、保育士 等） |
| □ | 相談支援従事者初任者研修２日間の受講証明書をFAXした。（修了済の方のみ） |

|  |  |
| --- | --- |
|  | **受理通知受取り後**　　　　**※10月17日（火）まで** |
| □ | 受理通知に記載された氏名・生年月日に誤りがないか確認した。 |
| □ | 受理通知に記載されたグループ番号や研修の日程・場所などを確認した。 |
| □ | 事前課題にもれなく記載してFAXした。 |
| □ | 受講料を振り込んだ。 |

|  |  |
| --- | --- |
|  | **研修受講後**　　**※１１月３０日（木）まで** |
| □ | 11月15日ホームページ掲載のアンケートのフォームに入力し送信完了した。 |

≪問合せ先≫

（一社）長崎県知的障がい者福祉協会

　　　　　　　　　事務局　中村・町田・森内

ＴＥＬ：095-842-7007

ＦＡＸ：095-842-7008

MAIL：na-fukushi@vivid.ocn.ne.jp