（送付先）

〒812-0011

福岡市博多区博多駅前3丁目9番12号

アイビーコートⅢビル５F

公益社団法人 福岡県社会福祉士会

**サービス管理責任者・児童発達支援管理責任者研修担当**　宛

（送り主）

〒

住　所：

所　属：

氏　名：

封入前に下記の書類を再度ご確認下さい（実践研修）

☐ １，実務経験証明書のコピー（様式1）

☐ ２，法人推薦書　原本（様式2）

* 3, サービス管理責任者又は児童発達支援管理責任者基礎研修

　　修了証書のコピー

☐ ４，相談支援従事者初任者研修の講義部分受講証明書または

修了証書（2年経過しているもの）のコピー

☐ ５，資格要件に関わる資格証明書（コピー）　⇒ある方のみ

(必要でしたら切り取ってラベルとしてお使いください)