

令和8年度サービス管理責任者等研修（基礎）
申込内容 修正届

年 月 日

社会福祉法人愛知県社会福祉協議会
福祉人材センター サビ児管研修G 宛
(FAX : 052-212-5518)

法人・事業所名	
電話番号	
担当者氏名	

下記の者の申込内容について、以下の通り修正がありましたので届け出ます。

フリガナ	
受講者氏名	

※修正する項目のみ、正しい内容をご記入ください。

修正項目	修正後
フリガナ	
受講者氏名 <small>※受講生の変更はできません</small>	
生年月日	<input type="checkbox"/> 昭和 年 月 日 <input type="checkbox"/> 平成
法人・事業所情報 <small>(名称・住所・電話番号等)</small>	
優先順位	名申込中 番目
申込に係る状況	
申込コース	
希望する 修了証の種類	
希望する演習日	第1希望
	第2希望
	第3希望
その他（修正がある場合はご記入ください）	

令和8年度サービス管理責任者等研修（基礎）
申込内容 修正届

2026 年 4 月 10 日

社会福祉法人愛知県社会福祉協議会
福祉人材センター サビ児管研修G 宛
(FAX : 052-212-5518)

法人・事業所名	社会福祉法人愛知県社会福祉協議会 福祉人材センター サビ児管・一般研修グループ
電話番号	052-212-5516
担当者氏名	鏑時 菅太郎

下記の者の申込内容について、以下の通り修正がありましたので届け出ます。

フリガナ	サビジ カンタロウ
受講者氏名	鏑時 菅太郎

※修正する項目のみ、正しい内容をご記入ください

修正項目	
フリガナ	サビジ カンタロウ
受講者氏名 <small>※受講生の変更はできません</small>	鏑時 菅太郎
生年月日	<input checked="" type="checkbox"/> 昭和 60 年 6 月 6 日 <input type="checkbox"/> 平成
法人・事業所情報 <small>(名称・住所・電話番号等)</small>	〒461-0011 名古屋市東区白壁一丁目50番地
優先順位	10 名申込中 1 番目
申込に係る状況	② 現在、サービス管理責任者等がやむを得ない事由により欠如したと指定権者に届出をし、みなしとして配置を認められて従事しているもの。
申込コース	S1 コース（相談講義部分+サビ児管（基礎））
希望する 修了証の種類	サービス管理責任者と児童発達支援
希望する演習日	第1希望 日程1・7月16日 第2希望 日程2・7月23日 第3希望 日程3・7月28日
その他（修正がある場合はご記入ください）	・性別を「男」に修正 ・この研修の申込みに関する連絡先電話番号を「052-212-5516」に修正 ・上記の配置予定の事業所が、実施するサービス名を「共同生活援助」に修正

※氏名の変更は、漢字・カナの修正に限ります。別の方への申込み変更はできません。変更方法については事務局までご連絡ください。

※上記の項目以外を修正したい場合は、修正を希望する項目を明示のうえ、修正後の内容をご記入ください。