**令和６年度 サービス管理責任者等研修【 実践研修 】受講申込書**

１　氏名等

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| （ふりがな）  氏　名 |  | 昭・平 　　年　　月　　日生  （　　　　歳） |
|  |

２　実務経験

・申込時点でのサービス管理責任者（児童発達支援管理責任者）の要件として算定される実務経験を記入してください。

・欄が不足する場合は、複写してお使いください。

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 業務内容 | 従事していた施設等  （事業所種別を記載してください） | 従事期間 | | |
| 相談支援業務 | （　　　　　　　　　　　　） | 年　　月 | ～ | 年　　月 |
| （　　　　　　　　　　　　） | 年　　月 | ～ | 年　　月 |
| （　　　　　　　　　　　　） | 年　　月 | ～ | 年　　月 |
| （　　　　　　　　　　　　） | 年　　月 | ～ | 年　　月 |
| 合計　　　 　 年　　　 ヶ月 | | | |
| 直接支援業務 | （　　　　　　　　　　　　） | 年　　月 | ～ | 年　　月 |
| （　　　　　　　　　　　　） | 年　　月 | ～ | 年　　月 |
| （　　　　　　　　　　　　） | 年　　月 | ～ | 年　　月 |
| （　　　　　　　　　　　　） | 年　　月 | ～ | 年　　月 |
| 合計　　　　 　 年　　 ヶ月 | | | |

３　【受講要件２】、【受講要件３】でお申込みの方のみご記入ください。

|  |  |
| --- | --- |
| サービス管理責任者等研修基礎研修修了年月日 | 年　　　月　　　日 |

４　【受講要件３】でお申込みの方のみご記入ください。（欄が不足する場合、複写してお使いください。）

**＊基礎研修修了以降の期間についてご記入ください。**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **個別支援計画作成業務従事期間** | 従事していた施設等  （事業所種別を記載してください） | 従事期間 | | |
| （　　　　　　　　　　　　） | 年　　月 | ～ | 年　　月 |
| （　　　　　　　　　　　　） | 年　　月 | ～ | 年　　月 |

【注意】虚偽の申請があった場合、修了証書交付後でも修了を取り消すことがあります。

上記の者について、記載したとおりであることを証明します。

　　　　　年　　　月　　　日

法人名

代表者　職・氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　　印