**令和７年度 サービス管理責任者等研修【 更新研修 】受講申込書**

１　氏名等

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

２　これまでの**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新しい順に記載してください。欄が不足する場合は、複写してお使いください。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 従事していた施設等（事業所種別） | 職名該当するものを〇で囲んでください。 | 従事期間 |
| 記入例青い森学館（放課後等デイサービス） | サビ管・児発管管理者・相談支援専門員 | 令和４年４月１日～現在 |
| （　　　　　　　　　　　） | サビ管・児発管管理者・相談支援専門員 | 年　　月　　日～　　　年　　月　　日 |
| （　　　　　　　　　　　） | サビ管・児発管管理者・相談支援専門員 | 年　　月　　日～　　　年　　月　　日 |
| （　　　　　　　　　　　） | サビ管・児発管管理者・相談支援専門員 | 年　　月　　日～　　　年　　月　　日 |
| （　　　　　　　　　　　） | サビ管・児発管管理者・相談支援専門員 | 年　　月　　日～　　　年　　月　　日 |

３　**サービス管理責任者と児童発達支援管理責任者両方の修了を希望する場合は**、実務要件を満たす経験の内容を記載してください。欄が不足する場合は、複写してお使いください。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 実務経験年数**(申込時点)** | 業務内容 | 従事していた勤務先（事業所種別） | 従事期間 |
| 相談支援業務 |  | 年　　　　ヶ月 |
|  | 年　　　　ヶ月 |
|  | 年　　　　ヶ月 |
| 直接支援業務 |  | 年　　　　ヶ月 |
|  | 年　　　　ヶ月 |
|  | 年　　　　ヶ月 |

【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。

上記の者の実務経験は、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