**【サビ管様式４号】**

**「サービス管理責任者研修修了者」で児童発達支援管理責任者更新研修の**

**修了証書の交付を希望される方**

受講申込者氏名

|  |  |
| --- | --- |
| 対象者 | 平成３０年度以前にサービス管理責任者研修のみ修了していて、次のいずれかに該当する場合 |
| １ | 現に「児童発達支援管理責任者」として従事している。 |
| ２ | 過去５年間のうち２年以上「児童発達支援管理責任者」として従事している。 |
| ３ | 児童発達支援管理責任者の実務経験を有し、過去５年間のうち２年以上、サービス管理責任者を置くべき施設・事業所において「管理者」として従事している。 |
| ４ | 児童発達支援管理責任者の実務経験を有し、過去５年間のうち２年以上、相談支援事業所において「相談支援専門員」として従事している。 |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 実務経験年月 | 年月数 | 事業所 | 従事内容（児発管／管理者／相談支援専門員） |
| ～ | 　　年　　月 |  |  |
| ～ | 　　年　　月 |  |  |
| ～ | 　　年　　月 |  |  |
| ～ | 　　年　　月 |  |  |
| 実務経験年数合計 | 　　年　　月 |

上記に相違ないことを証明します。

令和 ４ 年　　　月　　　日

秋田県障害者社会参加推進センター長　あて

事業所名

代表者職氏名 公印

**※児童発達支援管理責任者の実務経験（参考資料２の年数）のうち４（国家資格）に該当する場合は、該当する資格等の写しを添付してください。**