**【サビ管様式５号】**

２回目の［更新研修］受講者用

**サービス管理責任者（児童発達支援管理責任者）［更新研修］**

**受講要件証明書**

**令和　　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

受講申込者氏名

上記の者は以下のとおりで相違ないことを証明します。

**①受講日前５年間の間に２年以上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実務経験がある方は以下に記入すること**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 実務経験年月 | 年月数 | 事業所 | 従事内容  （サビ管／自発管／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 |

**②現にサービス管理責任者（児童発達支援管理責任者）、管理者又は相談支援専門員として従事している方は以下に記入すること**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 従事開始日 | 事業所 | 従事内容  （サビ管／自発管／管理者／  相談支援専門員） |
| 年　　月　　日～ |  |  |
| ・上記の内容で研修を修了する日まで、引き続き当該職種として従事すること。 | | |

※この証明書は、令和元年度に更新研修を受講し、今年度初めて２回目の［更新研修］の受講を希望する方のみ提出してください。