

受講要件および実務経験確認書(サビ児管更新研修)

受講申込者氏名		生年月日	年 月 日
現所属事業所名		問い合わせ先	担当者名: 電話番号: ()

1. 受講対象者 ※該当するものにチェックをいれてください。(詳細は募集要項を参照)

- (1) サビ児管もしくは管理者として従事している
または、相談支援事業所等にて相談支援専門員として従事している
- (2) 本研修受講開始前5年間に於いて、(1)の業務に通算して2年以上従事していた
- (3) 旧カリキュラムにおける研修を修了している

※当てはまる研修の修了年度を記入してください。

①サビ児管実践研修修了年度	年度
②サビ児管更新研修修了年度(直近のもの)	年度
③(旧)サービス管理責任者等就任予定者対象研修 または、相談支援従事者初任者研修修了年度	年度
④(旧)サービス管理責任者等研修(分野別研修) または、児童発達管理責任者研修修了年度	年度

2. 実務経験 ※2023年(令和5年)11月26日現在で記入してください。

事業所名	実施する事業の種別 (該当するものにチェックをいれてください)	職名 (該当するものにチェックをいれてください)	業務期間 (直近の業務期間は見込みを含む)
	<input type="checkbox"/> 指定障害福祉サービス <input type="checkbox"/> 指定障害児通所支援・入所支援 <input type="checkbox"/> 指定一般・特定相談支援事業 <input type="checkbox"/> 障害者相談支援事業・基幹相談支援センター	<input type="checkbox"/> サービス管理責任者 <input type="checkbox"/> 児童発達支援管理責任者 <input type="checkbox"/> (主任)相談支援専門員 <input type="checkbox"/> 管理者	年 月 日) 年 月 日 (年 月間)
	<input type="checkbox"/> 指定障害福祉サービス <input type="checkbox"/> 指定障害児通所支援・入所支援 <input type="checkbox"/> 指定一般・特定相談支援事業 <input type="checkbox"/> 障害者相談支援事業・基幹相談支援センター	<input type="checkbox"/> サービス管理責任者 <input type="checkbox"/> 児童発達支援管理責任者 <input type="checkbox"/> (主任)相談支援専門員 <input type="checkbox"/> 管理者	年 月 日) 年 月 日 (年 月間)
	<input type="checkbox"/> 指定障害福祉サービス <input type="checkbox"/> 指定障害児通所支援・入所支援 <input type="checkbox"/> 指定一般・特定相談支援事業 <input type="checkbox"/> 障害者相談支援事業・基幹相談支援センター	<input type="checkbox"/> サービス管理責任者 <input type="checkbox"/> 児童発達支援管理責任者 <input type="checkbox"/> (主任)相談支援専門員 <input type="checkbox"/> 管理者	年 月 日) 年 月 日 (年 月間)
合計業務年数	年 月間		

(注)産休・育休・療養休暇や長期研修期間等は業務期間となりません。