

受講要件および実務経験確認書(サビ児管実践研修)

| | | | |
|---------|--|----------|--------------------|
| 受講申込者氏名 | | 生年月日(西暦) | 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)本研修受講開始前5年間に於いて、相談支援または直接支援の業務に通算して2年以上従事していた
- (2)「例外的な取り扱い」の適用を受けるための届け出を指定権者に行っている
- (3)旧カリキュラムにおける分野別研修を修了後、サービス管理責任者告示別表第二(児童発達支援管理責任者告示別表第二)に示す内容の修了者

※当てはまる研修の修了年度を記入してください。

| | |
|---|----|
| ①サビ児管基礎研修修了年度 | 年度 |
| ②(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 ※直近のものに限る | 年度 |
| ③サービス管理責任者基礎研修(前期)または、 相談支援従事者初任者研修修了年度 | 年度 |

2. 実務経験 ※2024年(令和6年)2月5日現在で記入してください。

| 事業所名 | 実施する事業の種類 | 法的根拠 | 業務内容 | 業務期間 (直近の業務期間は見込みを含む) |
|--------|-----------|------|-------|--------------------------------|
| | | | 職名() | 年 月 日) 年 月 日 (年 月間) |
| | | | 職名() | 年 月 日) 年 月 日 (年 月間) |
| | | | 職名() | 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。