

令和4年度サービス管理責任者・児童発達支援管理責任者基礎研修

法人・事業所等推薦書及び実務経験申告書

申込日 令和4年 月 日

法人・事業所名		申込責任者氏名	
---------	--	---------	--

標記研修の受講者について検討した結果、下記の者が適任と認められるため、責任を持って推薦します。

受講希望者氏名	
推薦理由 【申込責任者が記入】	【サービス管理責任者・児童発達支援管理責任者として、その技術と知識を発揮できると判断した理由と、期待すること】
受講希望者本人が記入 (①、②両方記入)	①本研修で学びたいこと ②サービス管理責任者・児童発達支援管理責任者として従事する際に実践したいこと

サービス管理責任者又は児童発達支援管理責任者の従事要件となる実務経験について、下記のとおり申告します。

資格名称		資格取得時期	昭和	平成	令和	年	月							
従事期間	昭和	平成	令和	年	月	～	昭和	平成	令和	年	月	計	年	ヶ月
支援内容		相談支援業務			直接支援業務	※いずれかの前に○								
従事職種														
従事事業所名												サービス種別		
具体的な従事業務内容														
従事期間	昭和	平成	令和	年	月	～	昭和	平成	令和	年	月	計	年	ヶ月
支援内容		相談支援業務			直接支援業務	※いずれかの前に○								
従事職種														
従事事業所名												サービス種別		
具体的な従事業務内容														
従事期間	昭和	平成	令和	年	月	～	昭和	平成	令和	年	月	計	年	ヶ月
支援内容		相談支援業務			直接支援業務	※いずれかの前に○								
従事職種														
従事事業所名												サービス種別		
具体的な従事業務内容														
従事期間	昭和	平成	令和	年	月	～	昭和	平成	令和	年	月	計	年	ヶ月
支援内容		相談支援業務			直接支援業務	※いずれかの前に○								
従事職種														
従事事業所名												サービス種別		
具体的な従事業務内容														

相談支援業務 通算 年 ヶ月 直接支援業務 通算 年 ヶ月 高齢者等除外年数 年 ヶ月

※受講申込書(様式第1号)項目⑩にも、上記実務経験年数の合算を記入してください。

※実務経験の記入欄が足りない場合は、適宜印刷の上、不足分のみ記入してください。

○記載された個人情報は、研修事業以外の目的に使用しません。

記入例

令和4年度サービス管理責任者・児童発達支援管理責任者基礎研修
法人・事業所等推薦書及び実務経験申告書

申込日 令和4年 5 月 10 日

法人・事業所名	社会福祉法人はばたん福祉会	申込責任者氏名	明石 一郎
---------	----------------------	---------	--------------

標記研修の受講者について検討した結果、下記の者が適任と認められるため、責任を持って推薦します。

受講希望者氏名	姫路 花子
推薦理由 【申込責任者が記入】	【サービス管理責任者・児童発達支援管理責任者として、その技術と知識を発揮できると判断した理由と、期待すること】 ※各自ご記入ください
受講希望者本人が記入 (①、②両方記入)	①本研修で学びたいこと ②サービス管理責任者・児童発達支援管理責任者として従事する際に実践したいこと ※各自ご記入ください

※サービス管理責任者、児童発達支援管理責任者別に、別紙「実務経験について」に記載の資格名称を記載すること
例) 社会福祉主事任用資格 等

サービス管理責任者又は児童発達支援管理責任者として従事する期間を申告します。

資格名称		資格取得時期	昭和 平成 令和 年 月
------	--	--------	--------------

従事期間	昭和 平成 令和 27 年 4 月 ~ 昭和 平成 令和 4 年 5 月	計 7 年 2 ヶ月
支援内容	相談支援業務 <input type="radio"/> 直接支援業務	※いずれかの前に○
従事職種	生活支援員	
従事事業所名	生活介護事業所のじぎく	サービス種別 生活介護
具体的な従事業務内容	食事・入浴・排泄介助、地域交流、余暇活動支援	
従事期間	昭和 平成 令和 22 年 4 月 ~ 昭和 平成 令和 27 年 3 月	計 5 年 月
支援内容	<input type="radio"/> 相談支援業務 <input type="radio"/> 直接支援業務	※いずれかの前に○
従事職種	相談支援補助員	
従事事業所名	のじぎく障害者支援センター	サービス種別 障害者相談支援
具体的な従事業務内容	障害者の相談支援業務	
従事期間	昭和 平成 令和 年 月 ~ 昭和 平成 令和 年 月	計 年 月
支援内容	相談支援業務 <input type="radio"/> 直接支援業務	※いずれかの前に○
従事職種		
従事事業所名		サービス種別
具体的な従事業務内容		
従事期間	昭和 平成 令和 年 月 ~ 昭和 平成 令和 年 月	計 年 月
支援内容	相談支援業務 <input type="radio"/> 直接支援業務	※いずれかの前に○
従事職種		
従事事業所名		サービス種別
具体的な従事業務内容		

相談支援業務 通算 5 年 月	直接支援業務 通算 7 年 2 月	高齢者等除外年数 年 月
-----------------	-------------------	--------------

※受講申込書(様式第1号)項目⑩にも、上記実務経験年数の合算を記入してください。

※実務経験の記入欄が足りない場合は、適宜印刷の上、不足分のみ記入してください。

○記載された個人情報、研修事業以外の目的に使用しません。