

【サビ児管様式5号】

サービス管理責任者・児童発達支援管理責任者研修【更新研修】
受講要件証明書

受講者氏名 _____

①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／児発管／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。		

②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の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／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 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