

【サビ児管様式7号】

サービス管理責任者研修修了者で児童発達支援管理責任者研修【更新研修】の
修了証書の交付を希望される方

受講申込者氏名

対 象 者	以前にサービス管理責任者研修のみ修了していて、次のいずれかに該当する場合	
	1	現に「児童発達支援管理責任者」として従事している。
	2	過去5年間のうち2年以上「児童発達支援管理責任者」として従事している。
	3	児童発達支援管理責任者の実務経験を有し、過去5年間のうち2年以上、サービス管理責任者を置くべき施設・事業所において「管理者」として従事している。
	4	児童発達支援管理責任者の実務経験を有し、過去5年間のうち2年以上、相談支援事業所において「相談支援専門員」として従事している。

実務経験年月	年月数	事業所	従事内容 (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。

秋田県障害者社会参加推進センター長 あて 令和 年 月 日

事業所名

代表者職氏名 公印

※児童発達支援管理責任者の実務経験（参考資料2の年数）のうち4（国家資格）に該当する場合は、該当する資格等の写しを添付してください。