児童発達支援管理責任者実践研修　実務経験申告書

（記入日）　　年　　月　　日

実践研修を申し込むにあたり、以下のとおり(受講者)＿＿＿＿＿＿＿＿の実務経験を申告するとともに、必要書類を提出いたします。

相談支援従事者初任者研修の修了（受講）年月日　＿＿＿＿年　月　日

受講している場合は記入　**基礎研修修了年月日**　＿＿＿＿年　月　日

実務要件に関する申告（一覧表を確認のうえ、記入すること。受講要件に関する期間分のみで可。一覧表内容の不明点等、実務経験に関する問い合わせは、山口県障害者支援課 083-933-2764 にお願いします）

法人名	事業所名	業務区分 （該当に✓）	該当記号 （該当に○）	就業期間	通算期間
		□相談支援 □直接支援	(1) (2) (3) (4) (5) (6)	年　月～ 年　月	年　カ月
		□相談支援 □直接支援	(1) (2) (3) (4) (5) (6)	年　月～ 年　月	年　カ月
		□相談支援 □直接支援	(1) (2) (3) (4) (5) (6)	年　月～ 年　月	年　カ月
		□相談支援 □直接支援	(1) (2) (3) (4) (5) (6)	年　月～ 年　月	年　カ月

直接支援の業務での就業期間中、以下に該当する場合は✓

□社会福祉主事任用資格者　　□訪問介護員２級以上に相当する研修の修了者

□保育士、児童指導員任用資格者　　□精神障害者社会復帰施設指導員任用資格者

※必須 該当なしなら 0

上記記入の実務経験の内、　ハの通算期間　＿＿＿＿**年　カ月**　**ホの通算期間**　＿＿＿＿**年　カ月**

国家資格に基づき当該資格に係る業務に従事した期間の申告

該当する国家資格（　　）取得年月日（　　年　月　日）

法人名	事業所名	就業期間	通算期間
		年　月～　　年　月	年　カ月
		年　月～　　年　月	年　カ月

≪提出書類≫

□　実務経験申告書（本紙）

□　相談支援従事者初任者研修修了証書（受講証明書）の写し

□　基礎研修の修了証書の写しまたは平成以前のサビ管分野別・児発管の修了証書の写し

（平成以前にサビ管分野別･児発管の研修を修了し更新研修を修了しなかった者）*

定められた更新期間内に更新研修を修了しなかった者は以下の書類を提出すること（実務要件は空欄可）*

□　実務経験申告書（本紙）

□　直近に受講した実践研修または更新研修修了証書の写し

記入欄が足りない場合は、必要枚数コピーして提出してください。
記入は見込みの通算期間で構いませんが、提出後に退職等変更があった場合は研修事務局へ連絡してください。
本書類は、研修への主体的な参加を促すため、必ず受講者本人が確認のうえ、送付してください。
本研修の受講決定は、修了後配置される際の実務経験要件を満たしていることを保証するものではありません。