

児童発達支援管理責任者基礎研修 実務経験申告書

(記入日) 年 月 日

基礎研修を申し込むにあたり、以下のとおり (受講者) の実務経験を申告いたします。

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 をお願いします)

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
		<input type="checkbox"/> 相談支援 <input type="checkbox"/> 直接支援	(1) (2) (3) (4) (5) (6)	年 月～ 年 月	年 月
		<input type="checkbox"/> 相談支援 <input type="checkbox"/> 直接支援	(1) (2) (3) (4) (5) (6)	年 月～ 年 月	年 月
		<input type="checkbox"/> 相談支援 <input type="checkbox"/> 直接支援	(1) (2) (3) (4) (5) (6)	年 月～ 年 月	年 月
		<input type="checkbox"/> 相談支援 <input type="checkbox"/> 直接支援	(1) (2) (3) (4) (5) (6)	年 月～ 年 月	年 月

直接支援の業務で就業期間中、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、 年の通算期間 年 月 日の通算期間 年 月 日

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 月
		年 月～ 年 月	年 月
		年 月～ 年 月	年 月

※必須

相談支援従事者初任者研修の修了 (受講) 年月日 年 月 日

今年度受講予定 年 月 日 受講 (山口県 山口県外)

【実務経験要件の緩和に関する注意点】

対象者：各実務経験要件から2年を減じた年数を満たしている方。(例：要件5年の場合、3年以上で受講)

制約：本規定により受講する場合、将来の《実践研修》受講時において、例外的取り扱いによる受講 (実務経験期間の短縮等) は認められません。必ず規定のOJT期間を経て受講してください。

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。