

サービス管理責任者実務経験及び研修受講証明(申立)書

平成 年 月 日

札幌市長様

申請者	所在地
(設置者)	法人名
	代表者氏名 印

以下の者は、サービス管理責任者の要件を満たすことを証明(申立)し、なお当該事業所のサービス管理責任者として平成 年 月 日から従事する旨を申立します。

フリガナ 氏名	印	生年月日	
施設又は事業所	名称		
	種別		
実務経験		社会福祉主事専任用資格者等であり、障害福祉サービス事業所等での従業者として通算5年以上になる者	
		資格等は取得していないが障害福祉サービス事業所等での従業者として通算10年以上になる者	
		国家資格取得から5年以上であり、障害福祉サービス事業所等での従事者として通算3年以上になる者	
研修受講	1 サービス管理責任者研修について ① 平成 年 月 日 に受講済み ② 平成 25 年 月 日 までに受講する予定であることを申立します。 2 相談支援従事者初任者研修(講義部分)について ① 平成 年 月 日 に受講済み ② 平成 25 年 月 日 までに受講する予定であることを申立します。		

備考

- 1 年月日は、記載してください。
- 2 「代表者氏名印」欄は、事業者印を、「氏名」欄は本人印を押してください。
 「実務経験」欄は、○印をつけてください。※実務経験及び資格取得を証明できるものを添付(履歴証明書・資格証明書等)
- 3 国家資格とは、社会福祉士・介護福祉士・理学療法士・作業療法士・言語聴覚士等の資格
- 4 「研修受講申立」欄は、①か②に○印をつけてください。
 ※研修受講を証明できるものを添付