

児童発達支援管理責任者実務経験及び研修受講証明(申立)書
(児童発達支援管理責任者研修受講及び相談支援従事者初任者研修(講義部分)修了)

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、児童発達支援管理責任者の要件を満たすことを証明(申立)し、なお当該事業所の児童発達支援管理責任者として 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 (いずれかに ○)		相談支援の業務(下記のいずれかに従事) ①地域生活支援事業、相談支援事業等に従事 ②児童相談所、身体障害者更生相談所、知的障害者更生相談所、発達障害者支援センター、福祉事務所等に従事 ③障害者支援施設、老人福祉施設、救護施設等に従事 ④障害者職業センター等に従事 ⑤特別支援学校等に従事 ⑥病院・診療所に従事(資格、研修修了等の要件あり)	5年以上
		直接支援業務(下記のいずれかに従事) ①障害者支援施設、老人福祉施設、病院(療養病床)等に従事 ②障害福祉サービス事業、老人居宅介護等事業等に従事 ③病院、診療所、薬局、訪問看護事業所等に従事 ④障害者の雇用の促進等に関する法律第44条第1項に規定する子会社、同法第49条第1項第6号に規定する助成金の支給を受けた事業所等に従事 ⑤特別支援学校等に従事	10年以上
		直接支援業務に従事する者のうち下記のいずれかに該当する者 ①社会福祉主事任用資格者 ②訪問介護員2級以上に相当する研修の修了者 ③児童指導員任用資格者 ④保育士 ⑤精神障害者社会復帰指導員	5年以上
		下記の国家資格取得者に該当する者 医師、歯科医師、薬剤師、保健師、助産師、看護師、准看護師、理学療法士、作業療法士、社会福祉士、介護福祉士、視能訓練士、義肢装具士、歯科衛生士、言語聴覚士、あん摩マッサージ指圧師、はり師、きゆう師、柔道整復師、管理栄養士、栄養士又は精神保健福祉士	相談支援業務又は直接支援業務に3年以上従事し、かつ、左記国家資格の業務に5年以上従事した者
研修受講 (①②のどちらかに○)	1 児童発達支援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 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 年 月 日 までに受講する予定であることを申立します。		

※ サービス管理責任者研修(児童分野)を受講している場合も含まれます。