**【更新研修】2回目**【様式1-2】

2023年度　大分県サービス管理責任者・児童発達支援管理責任者研修

サービス管理責任者

　　児童発達支援管理責任者

希望する方にチェックを入れてください

**法人推薦**

次の者をサービス管理責任者・児童発達支援管理責任者として障がい福祉サービス事業所等に従事させるため、標記研修を受講させたいので推薦します。

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　記入日　　　　　年　　　　月　　　　日

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ふりがな |  | | | | | | |
| 受講生氏名 |  | | | | | | |
| 事業所名 |  | | | | | | |
| 事業所所在地 | 〒　　 　- | | | | | | |
|  | | | | | | |
| 法人名称 |  | | | | | | 法人印 |
| 代表者 | 役職 |  | 氏名 | |  | |
| 担当者 |  | | | | | | |
| 電話番号 |  | | | FAX番号 | |  | |

**◎更新研修の修了状況**

令和元年度以降に修了した更新研修についての確認

※該当するものに✓をつけてください

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 修了年度 |  | 令和元年度 |  | 令和2年度 |

**◎更新研修の対象者について**

過去5年間において、通算して2年以上のサービス管理責任者、児童発達支援管理責任者、管理者又は相談支援専門員として従事していた者で、サービス管理責任者、児童発達支援管理責任者として、現に従事しているもの、又は従事しようとするものが対象です

※実務経験の該当するものに✓をつけてください　（複数可）

　サービス管理責任者　　　児童発達支援管理責任者　　管理者 　相談支援専門員