**【更新研修】１回目**【様式1-2】

**※実践研修修了後更新研修受講１回目の方**

**2025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

希望する方にチェックを入れてください

　　児童発達支援管理責任者

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 | |  | |
| 申込担当者 |  | | | | | | |
| 電話番号 |  | | | FAX番号 | |  | |

**◎実践研修の修了状況について**

本研修前に修了した実践研修の修了年度に✓をつけてください

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **修了年度** |  | 令和3年度 |  | 令和4年度 |  | 令和5年度 |  | 令和6年度 |

**◎実践研修の対象について**

※⑴または⑵の該当する方に✓をつけてください

⑴**実践研修**を修了後、指定障害福祉サービス事業所等若しくは指定障害児 入所施設等において**サービス管理責任者**、**児童発達支援管理責任者**若しくは**管理者**として従事している者又は指定一般相談支援事業所、指定特定相談支援事業所若しくは指定障害児相談支援事業所において**相談支援専門員**として現に従事している者

⑵**実践研修**を修了後、本研修の受講開始日前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等として、現に従事している者又は従事しようとする者

**※実務経験(通算2年以上)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