（別紙２）

「児童発達支援管理責任者の実務経験年数要件確認表」

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 事業所名 |  | 事業所番号 |  |
| 運営法人名 |  | 児童発達支援管理責任者名 |  |
|  |  |  |  |
| ◆　児童発達支援管理責任者に必要とされる実務経験年数（１０年又は５年）のうち、児童・障害児・障害者の支援に該当する職務に従事した期間が３年以上かつ５４０日以上ありますか。 | は　い（　　年　　か月）　・　い　い　え |
| ◆　以下、上記の質問で「はい」と回答した場合に、児童発達支援管理責任者のこれまでの経歴のうち、児童・障害児・障害者の支援に該当する職務内容について記載してください。 |
| 期　間 | 勤務先事業所名 | 勤務日数 | 神戸市への実務経験証明書の提出状況※未提出の実務経験証明書については、今回の回答の際に合わせて送付してください。 |
| 施設の種別及び職種名 |
| **【記入例】**平成３年４月から平成４年３月まで | コウベ○▲作業所 | １８０日 | 提出済　・　未提出 |
| 指定就労継続支援Ｂ型事業所・職業指導員 |
| 平成　年　月から平成　年　月まで |  |  | 提出済　・　未提出 |
|  |
| 平成　年　月から平成　年　月まで |  |  | 提出済　・　未提出 |
|  |
| 平成　年　月から平成　年　月まで |  |  | 提出済　・　未提出 |
|  |
| 平成　年　月から平成　年　月まで |  |  | 提出済　・　未提出 |
|  |
| 平成　年　月から平成　年　月まで |  |  | 提出済　・　未提出 |
|  |