（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 | |
|  | |