

※この様式は、実務経験要件短縮の該当者用の様式です。【様式1】とは記載する内容が異なります。実務経験要件の短縮に該当する方は、申込時にこちらの様式を提出してください。

提出日 令和 年 月 日

推薦書欄

標記研修の受講者として下記の者を受講させたいので推薦します。

法人等の名称	法人又は 事業所の 代表者	職 氏名	印
事業所等の名称	事業所等連絡先		
〒 -	問合せ担当者名		
事業所等 所在地 住所	担当者連絡先		

※申込時点で、受講希望者がいずれの事業所等にも所属していない場合には、推薦書欄は未記入にしてください。

ふりがな	
受講希望者氏名 ※自筆で記入	
連絡先(電話番号)	

事務局処理欄(記入しないでください)

申込番号	受付番号

1 申込時点での従事状況 ※以下のいずれか該当するものに○を付けてください。

<input type="checkbox"/>	①基礎研修を修了しており、サービス管理責任者等のもとで個別支援計画の原案の作成までの一連の業務に従事している。
<input type="checkbox"/>	②配置に必要な実務経験を満たしており、やむを得ない事由によりサービス管理責任者等を欠いている事業所等において、サービス管理責任者等とみなして個別支援計画の作成の一連の業務に従事している。
<input type="checkbox"/>	③令和3年度末までの基礎研修を修了しており、サービス管理責任者等とみなして個別支援計画の作成の一連の業務に従事している。
<input type="checkbox"/>	④上記①～③のいずれにも該当しない。

2 実務経験の確認

(1) 基礎研修受講開始時点での業務従事期間及び従事日数

業務従事期間の合計	年	か月	業務従事日数の合計	日
-----------	---	----	-----------	---

※実務経験要件の短縮に該当するためには、基礎研修受講開始時点で、サービス管理責任者として配置に必要な実務経験の年数を満たしていた必要があります。配置要件の対象となる業務や必要となる従事期間については、別紙「実務経験一覧表(配置要件)」で確認してください。

※様式7の内容を転記。実務経験証明書が複数枚ある場合は、合算した数字を記載してください。

(2) 基礎研修修了後の業務従事期間及び従事日数

業務従事期間の合計	年	か月	個別支援計画(原案)作成業務を行った回数	回
-----------	---	----	----------------------	---

※実務経験要件の短縮に該当するためには、従事期間:6カ月以上該当する業務に従事している必要があります。該当する業務については、募集要綱を確認してください。

※様式9の内容を転記。実務経験証明書が複数枚ある場合は、合算した数字を記載してください。

御記入いただいた内容は、エンビト福祉カレッジの個人情報・特定個人情報保護規程に基づき、適正な管理を行い、当該研修実施及び修了者名簿の管理業務以外の目的で使用することはありません。