

(研修受講報告)

サービス管理責任者等配置にかかる研修受講報告書

平成 年 月 日

大 阪 市 長 様

法人所在地：

法人名称：

代表者の職・氏名：

㊞

障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律に基づく指定障害福祉サービス事業所(児童福祉法に基づく指定障害児通所支援事業所)に配置すべきサービス管理責任者、児童発達支援管理責任者及びサービス提供責任者については、当初、その要件である研修受講を済ませた人員を配置できませんでした。

そのため、定められた期限までに受講することとして「研修等受講誓約書」を提出していましたが、このたび当該職員が所定の研修を受講し、資格要件を満たすこととなりましたので、次のとおり報告いたします。

記

事業所名称	
事業所番号	
指定年月日	平成 年 月 日
職 種	
該当者氏名	
配置開始年月日	平成 年 月 日

誓約書により受講することとした研修	研修修了年月日
	平成 年 月 日
	平成 年 月 日
	平成 年 月 日

(添付書類)

- ・ 該当する研修受講証明書の写し(要 原本証明)