（届出様式（実践研修））

大阪府サービス管理責任者等【実践研修】受講にかかる
個別支援計画（原案）作成業務に関する届出書

令和　　年　　月　　日

各指定担当部局　様

（届出者）
法人所在地：
法 人 名 称：
代表者職・氏名：
連　絡　先：

大阪府サービス管理責任者等【実践研修】の受講にあたって必要な実務経験（OJT）について、下記の者が要件①及び②をいずれも満たしているため、届出します。

記

氏名（ふりがな）	
生　年　月　日	
施設又は事業所名	
個別支援計画原案の作成までの一連の業務を含んだ OJT 期間 （要件②（※１）） （実践研修開始日の前日時点（予定を含む））	年　　月　　日 ～　　年　　月　　日 計【　　年　　ヶ月】（通算　　日）
備考	

※ここでいう、６ヶ月以上の実務経験とは、業務に従事した期間が６ヶ月以上であり、かつ、実際に業務に従事した日数が 90 日以上であることを言うものとします。

【要件】

① **<u>基礎研修受講時</u>**に既にサービス管理責任者等の配置に係る実務経験要件（相談支援業務又は直接支援業務３～８年）を満たしている。

② 障がい福祉サービス事業所等において、**<u>個別支援計画作成の業務</u>**に従事する。また、個別支援計画の作成の業務については、十分な実施を担保する観点から、少なくとも概ね計 10 回以上行うことを基本とする。
（具体的には以下のいずれかのとおり）

・サービス管理責任者等が配置されている事業所において、個別支援計画の原案の作成までの一連の業務（※１）を行う。
・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において、サービス管理責任者等とみなして従事し、個別支援計画の作成の一連の業務を行う。
・令和３年度末までに、実務経験者が基礎研修修了者となっており（経過措置対象者）、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を行う。

（※１）利用者への面接の上アセスメントを実施し、個別支援計画の原案を作成し、サービス管理責任者が開催する個別支援会議へ参加する等。

この様式は、実践研修の受講申込みまでに各指定担当部局へ届出してください。

受付印

≪留意事項≫

<u>本届出書記載内容に相違がないことを確認するとともに、記載内容を証明する資料を適切に保管し、指定担当部局からの求めがあった場合には、速やかに確認資料等を提出してください。</u>

<u>本届出書へ虚偽記載等の不正があった場合は、介護給付費等の返還や事業所の指定取消となる場合があります。</u>