

(添付様式1)

人員の配置要件に係る誓約書

年 月 日

(宛先) 旭川市長 様

申請者 所在地
(法人) 名称
代表者名

障害福祉サービス 障害児通所支援 の事業に係る サービス管理責任者 児童発達支援管理責任者 の配置要件に係る誓約をいたします。

また、下記の条件を満たした際には、速やかに関係書類を提出いたします。

対象事業所名	
指定事業等の種類	
指定年月日	年 月 日

【サービス管理責任者／児童発達支援管理責任者】

(やむを得ない事由によりサービス管理責任者／児童発達支援管理責任者が欠けた場合)
実務経験※1の要件を満たす次の者を、サービス管理責任者／児童発達支援管理責任者（以下「サービス管理責任者等」という。）として暫定的に配置しますが、当該事由の発生した日から1年の間に「サービス管理責任者等基礎研修」及び「相談支援従事者初任者研修（講義部分）」を修了させます。

サービス管理責任者が欠けた理由：	<input type="checkbox"/> サービス管理責任者等が病気・けが等により長期休職
	<input type="checkbox"/> サービス管理責任者等が病気や自己都合により急遽退職（定年退職など予期できる退職を除く。）
	<input type="checkbox"/> サービス管理責任者等が産前産後休暇及び育児休暇を取得
	<input type="checkbox"/> その他事前に予期できないことが発生 ※上記の具体的な理由を記入してください。

サービス管理責任者等として配置していた者の氏名：	
サービス管理責任者等が欠けた年月日：	年 月 日
サービス管理責任者等として配置する実務経験者氏名：	

上記に係る条件を満たさない場合は、指定基準を満たすよう必要な措置を講じます。

※1「実務経験者」とは、指定障害福祉サービスの提供に係るサービス管理を行う者として厚生労働大臣が定めるもの等（平成18厚労告544）第一号イ（1）（一）のa～dに規定する期間のうち、a及びbの期間が通算して5年以上である者、cの期間が通算して8年以上である者並びにaからcまでの期間が通算して3年以上かつdの期間が通算して3年以上である者をいう。

※2 サービス管理責任者研修修了証及び相談支援従事者初任者研修（講義部分）修了証を添付すること。