

(様式1)

サービス管理責任者等実践研修における「6月以上の実務経験(OJT)」開始届

京都市長様

サービス管理責任者の記入例

令和●年 ●月 ●日

記載内容について、本市から確認することがありますので、必ず記載してください。

法人名 社会福祉法人 京都  
法人所在地 京都市中京区寺町通御池上ル上本能寺前町488番地  
代表者職名・氏名 理事長 京都 太郎  
書類作成担当者 京都 花子  
連絡先 075-222-4161

サービス管理責任者等実践研修における「6月以上の実務経験(OJT)」を開始しますので、届け出ます。  
記載内容に相違があった場合、サービス管理責任者等実践研修を受講できないことや、サービス管理責任者又は児童発達支援管理責任者として配置できないことを了承します。

1 届出対象者

|         |                           |
|---------|---------------------------|
| (ふりがな)  | きょうと じろう                  |
| 氏名      | 京都 次郎                     |
| 生年月日    | 昭和53年12月27日               |
| (事業所番号) | 2699999999                |
| 施設・事業所名 | ●●作業所                     |
| サービス種別  | 就労継続支援B型                  |
| 職名      | 職業指導員                     |
| 業務内容    | 利用者への職業指導及びサービス管理責任者の補助業務 |

2 研修の修了状況

|                                             |                                               |
|---------------------------------------------|-----------------------------------------------|
| サービス管理責任者等基礎研修                              |                                               |
| 研修受講開始日注1                                   | 令和4年 6月 10日 ~ (研修修了日)注2 令和4年 8月 3日            |
| 相談支援従事者初任者研修講義部分                            |                                               |
| (研修修了日)注2                                   | 令和4年 8月 31日                                   |
| 実践研修修了証書の発行を希望する種類                          | <input checked="" type="checkbox"/> サービス管理責任者 |
|                                             | <input type="checkbox"/> 児童発達支援管理責任者          |
| ※いずれかにチェックしてください                            |                                               |
| 注1: WEB講義視聴開始日と集合研修日がある場合はいずれか早い日を記載してください。 |                                               |
| 注2: 研修修了証に記載している交付日を記載してください。               |                                               |

必ずいずれかにチェックしてください。

サービス管理責任者等基礎研修受講開始日より前の実務経験を記載する箇所です【記載誤りが多いので注意！】

3 サービス管理責任者等基礎研修受講開始前の実務経験

| 業務期間                                                  | 法人名          | 事業所名                            | 区分※ |
|-------------------------------------------------------|--------------|---------------------------------|-----|
| 平成26年4月1日 ~ 平成30年4月30日<br>(年数) 4 年 1 箇月<br>(日数) 870 日 | 社会福祉法人○<br>○ | △△ホーム<br>(施設サービス種別)<br>共同生活援助   | 三   |
| 平成30年5月1日 ~ 令和4年3月31日<br>(年数) 3 年 11 箇月<br>(日数) 810 日 | 株式会社○○       | □□事業所<br>(施設サービス種別)<br>就労継続支援B型 | 三   |
| 業務期間                                                  | 法人名          | 事業所名                            | 区分※ |
| (年数) 年 箇月<br>(日数) 日                                   |              | (施設サービス種別)                      |     |

行が足りない場合は、適宜、行を追加して、記載してください。

※区分は裏面をご確認ください。

|            |                        |                  |             |
|------------|------------------------|------------------|-------------|
| 実務経験(通算)   | 8 年 0 箇月<br>( 1680 日 ) | 実務経験の要件を<br>満たす日 | 令和4年 3月 31日 |
| 4 OJT開始予定日 |                        |                  |             |
| OJT開始日     | 令和4年 9月 1日             |                  |             |

受講開始前の実務経験の要件を満たしているかどうか、確認のうえ、届出を提出してください。

※区分

＜サービス管理責任者＞

(一): 相談支援の業務等に従事した期間

(二): 社会福祉主事任用資格者等が直接支援の業務に従事した期間

(三): 社会福祉主事任用資格者等でない者が直接支援の業務に従事した期間

(四): 医師等が、その資格に基づき当該資格に係る業務に従事した期間

＜児童発達支援管理責任者＞

イ: 相談支援の業務等に従事した期間

ロ: 社会福祉主事任用資格者等が直接支援の業務に従事した期間

ハ: 老人福祉施設の従業者等が相談支援の業務等に従事した期間及び老人福祉施設の従業者等であって社会福祉主事任用資格者等である者が直接支援の業務等に従事した期間を合算した期間

ニ: 社会福祉主事任用資格者等でない者が直接支援の業務に従事した期間

ホ: 老人福祉施設の従事者等であって社会福祉主事任用資格者等でない者が直接支援の業務に従事した期間

ヘ: 医師等が、その資格に基づき当該資格に係る業務に従事した期間

(様式2-1)

サービス管理責任者等実践研修における「6月以上の実務経験(OJT)」完了届兼実務経験証明書

令和●年 ▲月 ▲日

京都市長様

記載内容について、本市から  
確認することがありますので、  
必ず記載してください。

法人名 社会福祉法人 京都  
法人所在地 京都市中京区寺町通御池上ル上本  
能寺前町488番地  
代表者職名・氏名 理事長 京都 太郎  
書類作成担当者 京都 花子  
連絡先 075-222-4161

印

サービス管理責任者等実践研修における「6月以上の実務経験(OJT)」完了届兼実務経験証明書  
記載内容に相違があった場合、サービス管理責任者等実践研修を受講  
は児童発達支援管理責任者として配置できないことを了承します。

法人印を忘れずに押印してく  
ださい。

1 届出対象者

|         |                           |
|---------|---------------------------|
| (ふりがな)  | きょうと じろう                  |
| 氏名      | 京都 次郎                     |
| 生年月日    | 昭和53年12月27日               |
| (事業所番号) | 2699999999                |
| 施設・事業所名 | ●●作業所                     |
| サービス種別  | 就労継続支援B型                  |
| 職名      | 職業指導員                     |
| 業務内容    | 利用者への職業指導及びサービス管理責任者の補助業務 |

2 OJT開始届の提出日

OJT開始届提出日 令和●年 ●月 ●日

(様式1) 開始届の届出日を記載してく  
ださい。

3 OJTの実施期間

OJT開始日 令和4年 9月 1日 → OJT完了日 令和5年 3月 31日

|                                                |          |      |           |
|------------------------------------------------|----------|------|-----------|
| 実践研修受講に必要な<br>OJT実施期間の判定<br>※いずれの条件も満たす必要があります | (従事月数通算) | 7 箇月 | > 6箇月以上   |
|                                                | (従事日数通算) | 95 日 | > 通算90日以上 |

4 OJTの業務内容

| 実施<br>チェック                          |                                                                                                                                          | a | b | c |
|-------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---|---|---|
| <input checked="" type="checkbox"/> | ① 利用者について面接した上でア<br>(基準省令第58条第2～3項等                                                                                                      | ○ | ○ | ○ |
| <input checked="" type="checkbox"/> | ② アセスメント及び支援内容の検討<br>(基準省令第58条第4項等参照)                                                                                                    | ○ | ○ | ○ |
| <input type="checkbox"/>            | ③ 個別支援計画の作成に係る会議を開催し、上記原案の内容について担当者等から意見を求める。<br>(基準省令第58条第5項等、解釈通知第四の3(7)②ア等参照)                                                         |   | ○ | ○ |
| <input checked="" type="checkbox"/> | ④ 上記③の会議に参加する。                                                                                                                           | ○ | ○ | ○ |
| <input type="checkbox"/>            | ⑤ 上記③の会議の同意を得て、<br>(基準省令第58条第5項等、解釈通知第四の3(7)②イ、ウ等                                                                                        |   | ○ | ○ |
| <input type="checkbox"/>            | ⑥ 定期的に個別支援計画の実施状況の把握及び利用者についての継続的なアセスメント(モニタリ<br>ング)を行い、少なくとも6月に1回以上個別支援計画の見直しを行い、必要に応じて個別支援計画<br>の変更を行う。(基準省令第58条第8項等、解釈通知第四の3(7)②エ等参照) |   | ○ | ○ |

下記の個別支援計画数も含めて、すべての要  
件を満たしているかどうか、確認のうえ、提  
出してください。

実施したOJT業務にチェックをしてください。

<京都市確認欄>

|                     |   |                                                                               |
|---------------------|---|-------------------------------------------------------------------------------|
| 必要な<br>OJT業務<br>の判定 | a | 基礎研修修了者(①、②、③の全て)                                                             |
|                     | b | やむを得ない事由による措置としてサービス管理責任者等とみなして配置されている(①、②、③、④、<br>⑤の全て)                      |
|                     | c | 令和3年度末までに実務経験者が基礎研修修了者となり経過措置対象者としてサービス管理責任者等<br>とみなして配置されている場合(①、②、③、④、⑤の全て) |

5 OJT期間中に作成した個別支援計画数

|                              |             |                                                                                            |
|------------------------------|-------------|--------------------------------------------------------------------------------------------|
| OJT期間中<br>作成に携わった<br>個別支援計画数 | 延べ<br>15 人分 | ※個別支援計画の作成の業務は延べ10人分以上が必要<br>※1人について、2回計画を見直した場合は延べ2人とし<br>※1人について、新規計画作成及び見直しをした場合は延べ2人とし |
|------------------------------|-------------|--------------------------------------------------------------------------------------------|

(様式2-2)

サービス管理責任者等実践研修における「6月以上の実務経験(OJT)」完了届

令和●年 ▲月 ▲日

京都市長様

記載内容について、本市から確認することがありますので、必ず記載してください。

法人名 株式会社 京都  
法人所在地 京都市中京区寺町通御池上ル上本能寺前町488番地  
代表者職名・氏名 代表取締役 京都 三郎  
書類作成担当者 京都 光子  
連絡先 075-222-4161

サービス管理責任者等実践研修における「6月以上の実務経験(OJT)」を完了しましたので、届け出ます。  
記載内容に相違があった場合、サービス管理責任者等実践研修を受講できないことや、サービス管理責任者又は児童発達支援管理責任者として配置できないことを了承します。

1 届出対象者

|         |                                |
|---------|--------------------------------|
| (ふりがな)  | きょうと じろう                       |
| 氏名      | 京都 次郎                          |
| 生年月日    | 昭和53年12月27日                    |
| (事業所番号) | 2699999999                     |
| 施設・事業所名 | △△作業所                          |
| サービス種別  | 生活介護                           |
| 職名      | 生活支援員                          |
| 業務内容    | 利用者への介護・生活支援業務及びサービス管理責任者の補助業務 |

2 OJT開始届の提出日

OJT開始届提出日 令和●年 ▲月 ▲日

今回届出を行う法人が提出した(様式1)開始届の届出日を記載してください。

3 OJT実施先(事業所ごと)

※ OJT業務に係る実務経験証明書(様式3)を基に記載してください。

| 業務期間                                           | 個別支援計画数       | 法人名       | 事業所名                            |
|------------------------------------------------|---------------|-----------|---------------------------------|
| 令和4年9月1日 ~ 令和5年1月31日<br>(月数) 5 箇月<br>(日数) 80 日 | 7<br>人分       | 社会福祉法人 京都 | ●●作業所<br>(施設サービス種別)<br>就労継続支援B型 |
| 令和5年2月1日 ~ 令和5年5月31日<br>(月数) 4 箇月<br>(日数) 70 日 | 5<br>人分       | 株式会社 京都   | △△事業所<br>(施設サービス種別)<br>生活介護     |
| 業務期間<br>~<br>(月数)<br>(日数)                      | 個別支援計画数<br>人分 | 法人名       | 事業所名                            |
| 行が足りない場合は、適宜、行を追加して、記載してください。                  |               |           |                                 |
| 業務期間<br>~<br>(月数) 箇月<br>(日数) 日                 | 個別支援計画数<br>人分 | 法人名       | 事業所名<br>(施設サービス種別)              |

#### 4 OJTの実施期間

|        |          |   |        |           |
|--------|----------|---|--------|-----------|
| OJT開始日 | 令和4年9月1日 | → | OJT完了日 | 令和5年5月31日 |
|--------|----------|---|--------|-----------|



|                                                |          |       |           |
|------------------------------------------------|----------|-------|-----------|
| 実践研修受講に必要な<br>OJT実施期間の判定<br>※いずれの条件も満たす必要があります | (従事月数通算) | 9 箇月  | > 6箇月以上   |
|                                                | (従事日数通算) | 150 日 | > 通算90日以上 |

#### 5 OJTの業務内容

| 実施<br>チェック                          | OJT業務                                                                                                                               | a                     | b                     | c                     |
|-------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| <input checked="" type="checkbox"/> | A 利用者について面接した上でアセスメントを行う。<br>(基準省令第58条第2～3項等参照)                                                                                     | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| <input checked="" type="checkbox"/> | B アセスメント及び支援内容の検討結果に基づき個別支援計画の原案を作成する。<br>(基準省令第58条第4項等参照)                                                                          | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| <input type="checkbox"/>            | C 個別支援計画の作成に係る会議を開催し、上記原案の内容について担当者等から意見を求める。<br>(基準省令第58条第5項等、解釈通知第四の3(7)②ア等参照)                                                    | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| <input checked="" type="checkbox"/> | C サービス管理責任者等が開催したCの会議に参加する。                                                                                                         | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| <input type="checkbox"/>            | D 上記原案の内容について利用者又はその家族に対して説明し、文書により利用者の同意を得て、個別支援計画を作成する。<br>(基準省令第58条第6項等、解釈通知第四の3(7)②イ、ウ等参照)                                      | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| <input type="checkbox"/>            | E 定期的に個別支援計画の実施状況の確認及び利用者について継続的なアセスメント(モニタリング)を行い、少なくとも6月に1回以上個別支援計画の見直しを行い、必要に応じて個別支援計画の変更を行う。<br>(基準省令第58条第8項等、解釈通知第四の3(7)②エ等参照) | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

下記の個別支援計画数も含めて、すべての要件を満たしているかどうか、確認のうえ、提出してください。

実施したOJT業務にチェックをしてください。

#### <京都市確認欄>

|                     |   |                                                                           |
|---------------------|---|---------------------------------------------------------------------------|
| 必要な<br>OJT業務<br>の判定 | a | 基礎研修修了者(A、B、C'の全て)                                                        |
|                     | b | やむを得ない事由による措置としてサービス管理責任者等とみなして配置されている(A、B、C、D、Eの全て)                      |
|                     | c | 令和3年度末までに実務経験者が基礎研修修了者となり経過措置対象者としてサービス管理責任者等とみなして配置されている場合(A、B、C、D、Eの全て) |

#### 6 OJT期間中に作成した個別支援計画数

|                              |             |                                                                                                |
|------------------------------|-------------|------------------------------------------------------------------------------------------------|
| OJT期間中<br>作成に携わった<br>個別支援計画数 | 延べ<br>12 人分 | ※個別支援計画の作成の業務は延べ10人分以上が必要<br>※1人について、2回計画を見直した場合は延べ2人とします<br>※1人について、新規計画作成及び見直しをした場合は延べ2人とします |
|------------------------------|-------------|------------------------------------------------------------------------------------------------|

OJT業務に係る実務経験証明書

令和●年 ▲月 ▲日

京都市長様

記載内容について、本市から確認することがありますので、必ず記載してください。

法人名 社会福祉法人 京都  
法人所在地 京都市中京区寺町通御池上ル上本能寺前町488番地  
代表者職名・氏名 理事長 京都 太郎  
書類作成担当者 京都 花子  
連絡先 075-222-4161

印

下記の者の実務経験は、以下のとおりであることを証明します。  
記載内容に相違があった場合、サービス管理責任者等実践研修を受講できなかった者は児童発達支援管理責任者として配置できないことを了承します。

法人印を忘れずに押印してください。

1 届出対象者

|         |                           |
|---------|---------------------------|
| (ふりがな)  | きょうと じろう                  |
| 氏名      | 京都 次郎                     |
| 生年月日    | 昭和53年12月27日               |
| (事業所番号) | 2699999999                |
| 施設・事業所名 | ●●事業所                     |
| サービス種別  | 就労継続支援B型                  |
| 職名      | 職業指導員                     |
| 業務内容    | 利用者への職業指導及びサービス管理責任者の補助業務 |

2 OJT開始届の提出日

OJT開始届提出日 令和●年 ●月 ●日

(様式1) 開始届の届出日を記載してください。

3 OJTの実施期間 ※在職期間が6月に満たない場合でも、実

OJT開始日 令和4年 9月 1日 → OJT完了日 令和5年 1月 31日

|                                                |                  |           |
|------------------------------------------------|------------------|-----------|
| 実践研修受講に必要な<br>OJT実施期間の判定<br>※いずれの条件も満たす必要があります | (従事月数通算)<br>5 箇月 | > 6箇月以上   |
|                                                | (従事日数通算)<br>80 日 | > 通算90日以上 |

4 OJTの業務内容

| 実施<br>チェック                          | OJT業務内容                                                                                                                          | a | b | c |
|-------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---|---|---|
| <input checked="" type="checkbox"/> | ① 利用者について面接した上でアセスメントを行い、適切な支援内容の検討を行う。<br>(基準省令第58条第2～3項等参照)                                                                    | ○ | ○ | ○ |
| <input checked="" type="checkbox"/> | ② アセスメント及び支援内容の検討結果に基づき個別支援計画の原案を作成する。<br>(基準省令第58条第4項等参照)                                                                       | ○ | ○ | ○ |
| <input type="checkbox"/>            | ③ 個別支援計画の作成に係る会議を開催し、上記原案の内容について担当者等から意見を求める。<br>(基準省令第58条第5項等、解釈通知第四の3(7)②ア等参照)                                                 |   | ○ | ○ |
| <input checked="" type="checkbox"/> | ④ サービス管理責任者等が開催した③の会議に参加する。                                                                                                      | ○ | ○ | ○ |
| <input type="checkbox"/>            | ⑤ 上記原案(②)に基づき、同意を得て、③(7)②イ、ウ等<br>(基準省令第58条第6項等、解釈通知第四の3(7)②イ等参照)                                                                 |   | ○ | ○ |
| <input type="checkbox"/>            | ⑥ 定期的に個別支援計画の実施状況の把握及び利用者についての継続的なアセスメント(モニタリング)を行い、少なくとも6月に1回以上個別支援計画の見直しを行い、必要に応じて個別支援計画の変更を行う。(基準省令第58条第8項等、解釈通知第四の3(7)②エ等参照) |   | ○ | ○ |

実施したOJT業務にチェックをしてください。

<京都市確認欄>

|                     |   |                                                                           |
|---------------------|---|---------------------------------------------------------------------------|
| 必要な<br>OJT業務<br>の判定 | a | 基礎研修修了者(①、②、③)の全て                                                         |
|                     | b | やむを得ない事由による措置としてサービス管理責任者等とみなして配置されている(①、②、③、④、⑤の全て)                      |
|                     | c | 令和3年度末までに実務経験者が基礎研修修了者となり経過措置対象者としてサービス管理責任者等とみなして配置されている場合(①、②、③、④、⑤の全て) |

5 OJT期間中に作成した個別支援計画数

|                              |            |                                                                                            |
|------------------------------|------------|--------------------------------------------------------------------------------------------|
| OJT期間中<br>作成に携わった<br>個別支援計画数 | 延べ<br>7 人分 | ※個別支援計画の作成の業務は延べ10人分以上が必要<br>※1人について、2回計画を見直した場合は延べ2人とし<br>※1人について、新規計画作成及び見直しをした場合は延べ2人とし |
|------------------------------|------------|--------------------------------------------------------------------------------------------|