令和　　年　　月　　日

愛知県知事　殿

|  |  |
| --- | --- |
| 法 人 名 |  |
| 代表者名 |  |
| 事業所名 |  |
| 電話番号 |  |
| FAX番号 |  |

児童発達支援管理責任者の要件についての申立書

令和　　年　　月　　日付けで開設する予定の（事業所名）に児童発達支援管理責任者として配置予定の（氏　名）については、現時点において【児童発達支援管理責任者研修（実践研修）】を受講しておりません。

　つきましては、当該研修を事業所が指定日までに受講させ、研修修了証の写しを指定日前日である令和　　年　　月　　日までに提出します。

　なお、指定日前日までに研修修了証の写しを提出できない場合には、申請を取り下げます。