**協　　議　　書**

**（児童発達支援管理責任者の欠如に伴うみなし配置について）**

令和　　年　　月　　日

　福岡市長　殿

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　法人所在地

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　法人名

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　代表者職・氏名

　当法人において、やむを得ない事由により児童発達支援管理責任者を欠いた事業所について、実務経験等を有する者をみなし配置したいので協議します。

１　事業所の概要

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 事業所名 |  | | | |
| 事業所番号 |  | サービス種別 | |  |
| 担当者連絡先 | （氏名） | | （電話） | |
| （メールアドレス） | | | |

２　欠如内容等

|  |  |
| --- | --- |
| 退職（休職）した  従業者の職・氏名 | （職名）児童発達支援管理責任者  （氏名） |
| 欠如した年月日 | 令和　　年　　月　　日 |
| 欠如した理由 |  |
| 欠如までの経緯  ・判明後の対応 |  |

　　※できるだけ詳細に記載すること。退職（休職）の申し出から、後任者の採用に向けた事業所の

対応について、具体的に年月日を記載し、時系列で示すこと。

※上記の欄が不足する場合は、「別紙のとおり」として、任意様式により提出すること。

３　みなし配置する従業者

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| （氏名） | （実務経験）　　年　　　月 | | （国家資格等）　あり・なし |
| 相談支援従事者初任者研修の受講 | | 年　　月　　日　　修了 ・ 受講予定 | |
| 児童発達支援管理責任者基礎研修の受講 | | 年　　月　　日　　修了 ・ 受講予定 | |

　※「あり・なし」「修了・受講予定」は、いずれかを選択すること。

（提出書類）

　・実務経験証明書（原本）　・研修修了証（写）又は研修受講証明書　・資格証（写）

・直近の勤務形態一覧表　　・就業規則

　・根拠書類（医師の診断書の写し、退職状況が確認できるもの等）　・その他必要書類

**-----------以下、指定権者が記入（事業所は記入しないでください）------------**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 受付年月日 | 令和　　年　　月　　日 | 回答年月日 | 令和　　年　　月　　日 |
| 協議結果 |  | | |