**協　　議　　書**

**（サービス管理責任者・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

　福岡県知事　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サービス管理責任者等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） | |

２　欠如内容等

|  |  |
| --- | --- |
| 退職（休職）した  従業者の職・氏名 | （職名）  （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 | |
| サービス管理責任者等基礎研修の受講 | | 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（別添）　・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　　・その他必要と認める確認書類

**-----------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 |  | | |