

サービス管理責任者(基礎研修)実務経験証明書
【サービス管理責任者用】※修了証書にはサービス管理責任者研修と記載

記入例

この証明書は、受講者をサービス管理責任者として配置予定の法人・事業所が作成してください。

うえで作成してください。

(この証明書は、研修受講資格確認のためのものであり、事業所指定要件を証明するものではありません)

2024年 4月 15日

社会福祉法人愛知県社会福祉協議会 会長 様

【証明者】

法人・施設又は事業所名 社会福祉法人あいちふくし会

同所在地 名古屋市東区白壁1番地50

電話番号 052-212-5516

FAX番号 052-212-5518

代表者職・氏名 会長 愛知 太郎

必ず押印してください。



(記入担当者氏名 愛知 花子)

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。

フリガナ	サビジ カンタロウ	生年月日	昭和 60 年 6 月 6 日生
1 氏名	錆時 菅太郎		平成

2 受講資格 ※1	サービス管理責任者 研修受講時点で「指定障害者省告示第544号」一イ(1)~(18)年厚生労働省告示第544号又、指定障害福祉サービス なお、上記に規定される実務経験期間が2年	研修受講時点とは、受講開始日の前日(2024年6月16日)時点です。 ※通算した実務経験期間については、30日を1カ月として計算し、1カ月未満の端数は、切り捨ててください。
-----------	--	---

3 実務経験 ※2	サービス管理責任者に係る実務経験期間の合計 (研修受講2024年6月16日時点見込) ※実務経験の内訳については、4に記入してください。	相談支援業務 合計	年	ヵ月
		直接支援業務 合計	7 年	2 ヵ月
	[実施要領の別紙1]を参照の上、1~4のいずれかに該当するか○印を記入してください。(複数選択可)			
	○	1 下記の資格を有する者で、別紙1にある施設において「相談支援業務」又は「直接支援業務」が通算して3年以上である者(該当する資格に○をしてください。) 社会福祉士主任任用資格者(介護福祉士、精神保健福祉士等) 介護職員初任者研修に相当する研修を修了した者 保育士 児童指導員任用資格者 精神障害者社会復帰施設指導員任用資格者		
○	2 下記の国家資格等による業務に3年以上従事している者で、別紙1にある施設において「相談支援業務」又は「直接支援業務」が通算して1年以上である者(該当する資格に○をしてください。) 医師 歯科医師 薬剤師 保健師 助産師 看護師 准看護師 理学療法士 作業療法士 社会福祉士 介護福祉士 視能訓練士 義肢装具士 歯科衛生士 言語聴覚士 あん摩マッサージ指圧師 はり師 きゅう師 柔道整復師 栄養士(管理栄養士を含む) 精神保健福祉士			
	3 上記1~2の資格者でない者で、別紙1にある施設において「相談支援業務」に3年以上従事した者			
	4 上記1~2の資格者でない者で、別紙1にある施設において「直接支援業務」に6年以上従事した者			

上記3の実務経験期間の合計内訳(※該当資格の実務経験がある場合は分けて記入のこと)

4 実務経験期間内訳 (研修受講2024年6月16日時点見込) ※2	業務期間	合計年月	所属・事業所名	事業種別 ※3	相談支援 直接支援の別
				従事内容・職名(資格)	
	2017年4月1日 ~2019年3月31日	2 年 0 ヵ月	〇〇就労継続支援事業所	就労継続支援B型	相 直
				生活支援員	
	2019年4月1日 ~2021年3月31日	2 年 0 ヵ月	グループホーム〇〇	共同生活援助	相 直
				生活支援員	
	2021年4月1日 ~2024年6月16日	3 年 2 ヵ月	グループホーム〇〇	共同生活援助	相 直
				生活支援員 (介護福祉士)	
	年 月 日	ヵ			直

過去に所属していた事業所の実務経験については、現事業所にて実務の内容を十分に確認された上でご記入ください。
(※前事業所が記入発行した実務経験証明書は必要ありません。)

実務経験に関連する資格による業務期間がある場合は、分けてご記入ください。
(※その場合は資格名を明記してください。資格の証明書等の添付は必要ありません。)

相談支援(合計) 年 ヵ月

直接支援(合計) 7年 2ヵ月

相談支援業務に該当する期間の合計を記入

直接支援業務に該当する期間の合計を記入

※1 研修受講にあたっては、児童発達支援管理責任者、またほの間の修了証書が発行されます。

※2 実務経験に該当するか否か等の確認は、事業所を所管する指定権者(実施要領の別紙2)に確認してください。

なお、過去の所属事業所の実務経験証明書の提出は必要ありません。

※3 事業種別は、生活介護、共同生活援助、就労継続支援A型、就労継続支援B型、障害児通所支援、放課後等デイサービス等ご記入ください。

児童発達支援管理責任者(基礎研修)実務経験証明書
【児童発達支援管理責任者用】※修了証書には児童発達支援管理責任者研修

記入例

この証明書は、受講者を児童発達支援管理責任者として配置予定の法人・事業所が作成してください。

(この証明書は、研修受講資格確認のためのものであり、事業者指定要件を証明するものではありません)

2024年 4月 15日

社会福祉法人愛知県社会福祉協議会 会長 様

[証明者]

法人・施設又は事業所名 社会福祉法人あいちふくし会

同所在地 名古屋市東区白壁1番地50

電話番号 052-212-5516

FAX番号 052-212-5518

代表者職・氏名 会長 愛知 太郎

必ず押印してください。

社会福祉法人印
代表者印

(記入担当者氏名 愛知 花子)

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。

フリガナ	サベジ カンタロウ	生年月日	昭和 60 年 6 月 6 日生
1 氏名	錆時 菅太郎		平成

2 受講資格 ※1	<p>児童発達支援管理責任者 研修受講時点で「障害児通所 省告示第230号)及び「障害児 していること。 又、障害児通所支援又は障 なお、上記に規定される実務</p> <p>研修受講時点とは、受講開始日の前日(2024年6月16日)時点です。 ※通算した実務経験期間については、30日を1カ月として計算し、 1カ月未満の端数は、切り捨ててください。</p>
-----------	--

3 実務経験 ※2	<p>児童発達支援管理責任者に係る実務経験期間の合計 (研修受講2024年6月16日時点見込) ※実務経験の内訳については、4に記入してください。</p> <table border="1"> <tr> <td>相談支援業務</td> <td>合計</td> <td>年</td> <td>ヵ月</td> </tr> <tr> <td>直接支援業務</td> <td>合計</td> <td>5 年</td> <td>11 ヵ月</td> </tr> </table> <p>[実施要領の別紙1]を参照の上、1~4のいずれかに該当するか○印を記入してください。(複数選択可)</p>	相談支援業務	合計	年	ヵ月	直接支援業務	合計	5 年	11 ヵ月
	相談支援業務	合計	年	ヵ月					
	直接支援業務	合計	5 年	11 ヵ月					
	<p>○ 1 下記の資格を有する者で、別紙1にある施設において「相談支援業務」又は「直接支援業務」が通算して3年以上である者(該当する資格に○をしてください。)かつ老人福祉施設・医療機関等以外での「相談支援業務」又は「直接支援業務」が1年以上である者</p> <p>社会福祉主事任用資格者(介護福祉士、精神保健福祉士等) 介護職員初任者研修に相当する研修を修了した者 保育士 児童指導員任用資格者 精神障害者社会復帰施設指導員任用資格者</p>								
<p>2 下記の国家資格等による業務に5年以上従事している者で、別紙1にある老人福祉施設・医療機関等以外での「相談支援業務」又は「直接支援業務」が通算して1年以上である者(該当する資格に○をしてください。)</p> <p>医師 歯科医師 薬剤師 保健師 助産師 看護師 准看護師 理学療法士 作業療法士 社会福祉士 介護福祉士 視能訓練士 義肢装具士 歯科衛生士 言語聴覚士 あん摩マッサージ指圧師 はり師 きゆう師 柔道整復師 栄養士(管理栄養士を含む) 精神保健福祉士 公認心理師</p>									
<p>3 上記1~2の資格者でない者で、別紙1にある施設において「相談支援業務」に3年以上従事した者かつ老人福祉施設・医療機関等以外での「相談支援業務」に1年以上従事した者</p>									
<p>4 上記1~2の資格者でない者で、別紙1にある施設において「直接支援業務」に6年以上従事した者かつ老人福祉施設・医療機関等以外での「直接支援業務」に1年以上従事した者</p>									

上記3の実務経験期間の合計内訳(※該当資格の実務経験がある場合は分けて記入のこと)

4 実務経験 期間内訳 (研修受講 2024年6月16日 時点見込) ※2	業務期間	合計年月	所属・事業所名	事業種別 ※3 従事内容・職名(資格)	相談支援 直接支援の別
	2018年4月1日 ~2020年3月31日	2 年 0 ヵ月	〇〇市立 △△小学校	学校 教諭	相 直
2020年4月1日 ~2022年2月10日	1 年 9 ヵ月	特別養護老人ホーム 〇〇の里	特別養護老人ホーム 介護職員	相 直	
2022年4月1日 ~2024年6月16日	2 年 2 ヵ月	〇〇放課後等デイサービス	放課後等デイサービス 児童指導員 (児童指導員任用資格)	相 直	

過去に所属していた事業所の実務経験については、現事業所にて実務の内容を十分に確認された上でご記入ください。
(※前事業所が記入発行した実務経験証明書は必要ありません。)

実務経験に関連する資格による業務期間がある場合は、分けてご記入ください。
(※その場合は資格名を明記してください。資格の証明書等の添付は必要ありません。)

相談支援(合計) 年 ヵ月 (内、障害児、児童又は障害者への支援 年 ヵ月)	直接支援(合計) 5年 11ヵ月 (内、障害児、児童又は障害者への支援 4年 2ヵ月)
---	--

相談支援業務に該当する期間の合計を記入 直接支援業務に該当する期間の合計を記入

※1 研修受講にあ
※2 実務経験に該当するか否か等の確認は、事業所を所管する指定権者(実施要領の別紙2)に確認してください。
なお、過去の所属事業所の実務経験証明書の提出は必要ありません。
※3 事業種別は、生活介護、共同生活援助、就労継続支援A型、就労継続支援B型、障害児通所支援、放課後等デイサービス等ご記入ください。