

サービス管理責任者（実践研修）実務経験証明書【A】  
【 サービス管理責任者／児童発達支援管理責任者用 】

この証明書は、受講者をサビ管として配置予定の法人・事業所が、これまでの実務経験を確認した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、事業者指定要件を証明するものではありません）

年 月 日

社会福祉法人愛知県社会福祉協議会 会長 様

|                 |  |         |
|-----------------|--|---------|
| 法人・施設<br>又は事業所名 |  | 法人・代表者印 |
| 同 所在地           |  |         |
| 電話番号            |  |         |
| FAX番号           |  |         |
| 代表者職・氏名         |  |         |
| 記入担当者氏名         |  |         |

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                                                                                               |                                                                                                       | 生年月日 | <input type="checkbox"/> 昭和                                                                                         |                             |                             |  |   |  | 日生 |
| 1 氏名                                                                                               |                                                                                                       |      | <input type="checkbox"/> 平成                                                                                         |                             | 年                           |  | 月 |  |    |
| 2 実務経験<br>※2                                                                                       | 添付の修了証に記載の研修名（該当箇所には☑）                                                                                |      |                                                                                                                     |                             |                             |  |   |  |    |
|                                                                                                    | <input 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                               |      |                                                                                                                     |                             |                             |  |   |  |    |
|                                                                                                    | <input checked="" type="checkbox"/> 相談支援従事者初任者研修（講義部分のみ可）<br>※相談支援従事者初任者研修（講義部分のみ可）が未受講の方は実践研修の対象外です。 |      |                                                                                                                     |                             |                             |  |   |  |    |
| 実務経験期間（見込）の合計内訳<br>※基礎研修の修了日翌日以降の実務経験のみ記入してください。<br>※実務経験が6か月で受講可能な方は、指定権者への届け出後以降の実務経験のみ記入してください。 |                                                                                                       |      |                                                                                                                     |                             |                             |  |   |  |    |
| 上記2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<br>期間内訳<br>（研修受講<br>2026年<br>11月9日<br>時点見込み）<br><br>※1                                      | 業務期間<br>（基礎研修修了日の翌日から）                                                                                | 合計年月 | 所属事業所                                                                                                               | 業務種別<br>従事内容・職名（資格）         | 相談・<br>直接の別                 |  |   |  |    |
|                                                                                                    | 年 月 日                                                                                                 | 年 月  |                                                                                                                     |                             | <input type="checkbox"/> 相談 |  |   |  |    |
|                                                                                                    | ～ 年 月 日                                                                                               |      |                                                                                                                     |                             | <input type="checkbox"/> 直接 |  |   |  |    |
|                                                                                                    | 年 月 日                                                                                                 | 年 月  |                                                                                                                     |                             | <input type="checkbox"/> 相談 |  |   |  |    |
|                                                                                                    | ～ 年 月 日                                                                                               |      |                                                                                                                     |                             | <input type="checkbox"/> 直接 |  |   |  |    |
|                                                                                                    | 年 月 日                                                                                                 | 年 月  |                                                                                                                     |                             | <input type="checkbox"/> 相談 |  |   |  |    |
|                                                                                                    | ～ 年 月 日                                                                                               |      |                                                                                                                     |                             | <input type="checkbox"/> 直接 |  |   |  |    |
| 年 月 日                                                                                              | 年 月                                                                                                   |      |                                                                                                                     | <input type="checkbox"/> 相談 |                             |  |   |  |    |
| ～ 年 月 日                                                                                            |                                                                                                       |      |                                                                                                                     | <input type="checkbox"/> 直接 |                             |  |   |  |    |
| 業務期間の合計                                                                                            |                                                                                                       | 年 月  | ※サービス管理責任者等研修（基礎研修）終了後から2026年11月9日まで に通算して2年以上の実務経験が必要です。<br>※別紙4の要件を満たす場合、指定権者への届け出から2026年11月9日までに6か月以上の実務経験が必要です。 |                             |                             |  |   |  |    |

※1 実践研修受講にあたっては、基礎研修で修了されたサービス管理責任者、児童発達支援管理責任者、またはその両方の修了証書が発行されます。  
※2 この経験証明書は、受講者をサービス管理責任者等として配置予定の法人・事業所が、これまでの実務経験を確認した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、事業者指定要件を証明するものではありません）。実務経験に該当するか否か等の確認は、事業所を所管する県（又は指定都市・中核市）の事業指定担当課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をご記入ください。

サービス管理責任者（実践研修）実務経験証明書【A】  
【 サービス管理責任者／児童発達支援管理責任者用 】

本証明書は、受講者をサービス管理責任者として配置予定の法人または事業所が作成してください。  
※個人による作成・提出はできません。

8月31日

社会福祉法

|                 |               |                               |
|-----------------|---------------|-------------------------------|
| 法人・施設<br>又は事業所名 | 社会福祉法人あいちふくし会 | 法人・代表者印                       |
| 同 所在地           | 名古屋市東区白壁1番地50 | <div>社会福祉法人<br/>あいちふくし会</div> |
| 電話番号            | 052-212-5516  |                               |
| FAX番号           | 052-212-5518  |                               |
| 代表者職・氏名         | 会長 愛知 福祉      |                               |
| 記入担当者氏名         | 愛知 花子         |                               |

押印は必須です。

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                                                             | フクシ ジロウ                                                                                               | 生年月日      | <input checked="" type="checkbox"/> 昭和 60 年 2 月 2 日生 |                                                                                                                    |                                                                       |
| 1 氏名                                                             | 福祉 次郎                                                                                                 |           |                                                      |                                                                                                                    |                                                                       |
| 2 実務経験<br>※2                                                     | 添付の修了証に記載の研修名（該当箇所には☑）                                                                                |           |                                                      |                                                                                                                    |                                                                       |
|                                                                  | <input checked="" type="checkbox"/> サービス管理責任者 <input checked="" type="checkbox"/> 児童発達支援管理責任者         |           |                                                      |                                                                                                                    |                                                                       |
|                                                                  | <input checked="" type="checkbox"/> 相談支援従事者初任者研修（講義部分のみ可）<br>※相談支援従事者初任者研修（講義部分のみ可）が未受講の方は実践研修の対象外です。 |           |                                                      |                                                                                                                    |                                                                       |
| 実務経験期間（見込）の合計内訳<br>※基礎研修の修了日<br>※実務経験が6か月以上1年未満の端数は切り捨ててご記入ください。 |                                                                                                       |           |                                                      |                                                                                                                    |                                                                       |
| 上記2の実務経験期間の合計                                                    |                                                                                                       |           |                                                      |                                                                                                                    |                                                                       |
| 4 実務経験<br>期間内訳<br>（研修受講<br>2026年<br>11月9日<br>時点見込み）<br>※1        | 2024 年 1 月 15 日<br>～ 2025 年 3 月 31 日                                                                  | 1 年 2 か月  | 〇〇就労継続支援事業所                                          | 就労継続支援B型<br>生活支援員                                                                                                  | <input type="checkbox"/> 相談<br><input checked="" type="checkbox"/> 直接 |
|                                                                  | 2025 年 4 月 1 日<br>～ 2026 年 2 月 14 日                                                                   | 0 年 10 か月 | グループホーム〇〇                                            | 共同生活援助<br>生活支援員                                                                                                    | <input type="checkbox"/> 相談<br><input checked="" type="checkbox"/> 直接 |
|                                                                  | ～ 年 月 日                                                                                               | 年         |                                                      |                                                                                                                    | <input type="checkbox"/> 相談<br><input type="checkbox"/> 直接            |
|                                                                  | ～ 年 月 日                                                                                               | 年         |                                                      |                                                                                                                    | <input type="checkbox"/> 相談<br><input type="checkbox"/> 直接            |
|                                                                  | ～ 年 月 日                                                                                               | 年 月 日     | 年 月 日                                                |                                                                                                                    | <input type="checkbox"/> 相談<br><input type="checkbox"/> 直接            |
|                                                                  | 業務期間の合計                                                                                               |           | 2 年 0 か月                                             | ※サービス管理責任者等研修（基礎研修）終了後から2026年11月9日までに通算して2年以上の実務経験が必要です。<br>※別紙4の要件を満たす場合、指定権者への届け出から2026年11月9日までに6か月以上の実務経験が必要です。 |                                                                       |

※1 実践研修受講にあたっては、基礎研修で修了されたサービス管理責任者、児童発達支援管理責任者、またはその両方の修了証書が発行されます。  
※2 この経験証明書は、受講者をサービス管理責任者等として配置予定の法人・事業所が、これまでの実務経験を確認した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、事業者指定要件を証明するものではありません）。実務経験に該当するか否か等の確認は、事業所を所管する県（又は指定都市・中核市）の事業指定担当課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をご記入ください。