

サービス管理責任者等研修（実践研修）実務経験証明書【B】

【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、受講者をサビ児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）

令和 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		

下記のものは以下の通りであることを証明します

フリガナ										
氏名			生年月日	☐ 昭和 ☐ 平成		年		月		日生
2 受講履歴	添付の修了証に記載の研修名（該当箇所に○をつけてください）									
		サービス管理責任者								
		児童発達支援管理責任者								
	○	相談支援従事者初任者（講義部分のみ可） ※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。								
	サービス管理責任者等研修 修了年月日			☐ 平成 ☐ 令和		年		月		日
	相談支援従事者初任者研修（講義部分のみ可） 修了年月日			☐ 平成 ☐ 令和		年		月		日

※ 実践研修受講にあたっては、以前に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。

※ 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。

サービス管理責任者等研修（実践研修）実務経験証明書【B】

【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。

法人・施設又は事業所名	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 5 0	
電話番号	052-212-5516	
FAX番号	052-	
代表者職・氏名	会長 愛知 花子	
記入担当者氏名	愛知 花子	

下記のものは以下の通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	☐ 昭和 ☒ 平成	2	年	2	月	2	日生	
氏名	福祉 次郎									
2 受講履歴	添付の修了証に記載の研修名（該当箇所には○をつけてください）									
	☐	サービス管理責任者								
	☐	児童発達支援管理責任者								
	☐	相談支援従事者初任者（講義部分のみ可） ※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。								
	サービス管理責任者等研修 修了年月日			☒ 平成 ☐ 令和	30	年	12	月	14	日
	相談支援従事者初任者研修（講義部分のみ可） 修了年月日			☒ 平成 ☐ 令和	30	年	10	月	21	日

※ 実践研修受講にあたっては、以前に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。

※ 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。