

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と記載されます。
 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		年		月		日生
1 氏名			<input type="checkbox"/> 平成						

3 実務経験 ※2	[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（該当の資格に☑。）								
	<input type="checkbox"/> 社会福祉主事任用資格者（介護福祉士、精神保健福祉士等）			<input type="checkbox"/> 介護職員初任者研修に相当する研修を修了した者					
	<input type="checkbox"/> 保育士			<input type="checkbox"/> 児童指導員任用資格者			<input type="checkbox"/> 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（該当の資格に☑）								
<input type="checkbox"/> 医師 <input type="checkbox"/> 歯科医師 <input type="checkbox"/> 薬剤師 <input type="checkbox"/> 保健師 <input type="checkbox"/> 助産師 <input type="checkbox"/> 看護師 <input type="checkbox"/> 准看護師 <input type="checkbox"/> 理学療法士 <input type="checkbox"/> 作業療法士 <input type="checkbox"/> 社会福祉士 <input type="checkbox"/> 介護福祉士 <input type="checkbox"/> 視能訓練士 <input type="checkbox"/> 義肢装具士 <input type="checkbox"/> 歯科衛生士 <input type="checkbox"/> 言語聴覚士 <input type="checkbox"/> あん摩マッサージ指圧師 <input type="checkbox"/> はり師 <input type="checkbox"/> きゅう師 <input type="checkbox"/> 柔道整復師 <input type="checkbox"/> 栄養士（管理栄養士を含む） <input type="checkbox"/> 精神保健福祉士 <input type="checkbox"/> 公認心理師									
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									
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									

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）

	業務期間	合計年月	所属事業所	業務種別		相談・直接の別
				従事内容・職名（資格）		
4 実務経験 期間内訳	年 月 日	年 月			<input type="checkbox"/> 相談	
	～ 年 月 日				<input type="checkbox"/> 直接	
研修受講 2026年 6月14日 時点見込 ※2	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	
相談支援合計		年 月	直接支援合計		年 月	
(上記の内、障害児、児童又は障害者への支援)		年 月	(上記の内、障害児、児童又は障害者への支援)		年 月	

※1 研修受講にあたっては、実務経験証明書の提出があったサビ管、児発管、またはその両方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

本証明書は、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。

月 15 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	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	
電話番号	052-212-5516	
FAX番号	052-212-5516	
代表者職・氏名	会長 愛知 花子	
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	サビジ カンタロウ		生年月日	<input checked="" type="checkbox"/> 昭和	60	年	6	月	6	日生
1 氏名	鏑時 菅太郎			<input type="checkbox"/> 平成						
3 実務経験 ※2	[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）									
	<input type="checkbox"/>	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（該当の資格に☑。）								
	<input type="checkbox"/>	社会福祉主事任用資格者（介護福祉士、精神保健福祉士等）				<input type="checkbox"/> 介護職員初任者研修に相当する研修を修了した者				
	<input type="checkbox"/>	保育士				<input checked="" type="checkbox"/> 児童指導員任用資格者				
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 精神障害者社会復帰施設指導員任用資格者								
<input type="checkbox"/>	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（該当の資格に☑）									
<input type="checkbox"/>	医師 <input type="checkbox"/> 歯科医師 <input type="checkbox"/> 薬剤師 <input type="checkbox"/> 保健師 <input type="checkbox"/> 助産師 <input type="checkbox"/> 看護師									
<input type="checkbox"/>	社会福祉士 <input type="checkbox"/> 介護福祉士 <input type="checkbox"/> 児童福祉士 <input type="checkbox"/> 児童指導員 <input type="checkbox"/> 児童相談士 <input type="checkbox"/> 児童発達支援士 <input type="checkbox"/> 児童発達支援士（仮称）									
<input type="checkbox"/>	はり師 <input type="checkbox"/> 作業療法士 <input type="checkbox"/> 言語聴覚士 <input type="checkbox"/> 介護福祉士 <input type="checkbox"/> 児童福祉士 <input type="checkbox"/> 児童指導員 <input type="checkbox"/> 児童相談士 <input type="checkbox"/> 児童発達支援士 <input type="checkbox"/> 児童発達支援士（仮称）									
3	上記かつ、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1年以上である者（該当の資格に☑）									
4	上記かつ、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1年以上である者（該当の資格に☑）									
上記3の実務経験期間の合計										
4 実務経験 期間内訳	1 カ月未満の端数は切り捨ててご記入ください。		年月	所属事業所	従事内容・職名（※）		直接の別			
	2020年4月1日	1年11ヵ月	〇〇市立 △△小学校	学校	教諭	<input type="checkbox"/> 相談	<input checked="" type="checkbox"/> 直接			
	2022年3月15日	2年0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	<input type="checkbox"/> 相談	<input checked="" type="checkbox"/> 直接			
	2023年4月1日	3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)	<input type="checkbox"/> 相談	<input checked="" type="checkbox"/> 直接			
	2026年6月14日	2026年6月14日（受講開始日の前日）までの見込みをご記入ください。				<input type="checkbox"/> 相談	<input type="checkbox"/> 直接			
相談支援合計		年 月 日	直接支援合計		7年1ヵ月					
(上記の内、障害児、児童又は障害者への支援)		年 月 日	(上記の内、障害児、児童又は障害者への支援)		5年1ヵ月					

※枠内に収まらない入力内容は印刷されない場合があります。その際は手書きで補記してください。

過去の事業所での実務経験は、現事業所が内容を確認したうえで証明してください。前事業所による証明書の提出は不要です。

※1 研修受講にあたっては、実務経験証明書の提出があったサビ管、児発管、またはその両方の修了証
 ※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
 ※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

を入れた業務の合計期間を記入してください。