

サービス管理責任者等研修（更新研修）実務経験証明書

【 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、受講者をサピ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			☐ 昭和 ☐ 平成	年	月	日	日生
氏名							
2 受講履歴	サービス管理責任者及び児童発達支援管理責任者研修（更新研修）修了証書記載研修名（該当箇所にレ点）						
	☐ サービス管理責任者			☐ 児童発達支援管理責任者			
	サービス管理責任者及び児童発達支援管理責任者研修（実践研修）修了証書記載研修名（該当箇所にレ点）						
	☐ サービス管理責任者			☐ 児童発達支援管理責任者			
3 従事内容	（令和 8 年 9 月 1 日（金）時点において）サービス管理責任者、児童発達支援管理責任者、管理者又は相談支援専門員として従事していますか（該当箇所に☑）						
	☐ はい → 記入箇所は以上です ☐ いいえ → 4 実務経験期間内訳をご記入ください						
4 実務経験 期間内訳 （研修受講 令和 8 年 9 月 10 日 時点見込み） ※ 1	サービス管理責任者、児童発達支援管理責任者、管理者又は相談支援専門員としての実務経験 ※前回終了した更新研修または実践研修の修了日翌日から 2 年以上の実務経験のみ記入してください。						
	業務期間		合計年月		所属・事業所名		事業種別※ 2
							従事内容(該当に☑)
	令和 年 月 日 ～ 令和 年 月 日	年 カ月				☐ サービス管理責任者 ☐ 児童発達支援管理責任者 ☐ 管理者 ☐ 相談支援専門員	
	令和 年 月 日 ～ 令和 年 月 日	年 カ月				☐ サービス管理責任者 ☐ 児童発達支援管理責任者 ☐ 管理者 ☐ 相談支援専門員	
	令和 年 月 日 ～ 令和 年 月 日	年 カ月				☐ サービス管理責任者 ☐ 児童発達支援管理責任者 ☐ 管理者 ☐ 相談支援専門員	
	業務期間の合計		年 カ月		通算して 2 年以上の実務経験が必要です		

※ 1 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。

※ 2 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等研修（更新研修）実務経験証明書

【 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、受講者をサピ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 8 年 7 月 17 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 5 0	社会福祉法人 あいちふくし会
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	山田 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 タロウ								
氏名	福祉 太郎	生年月日	☒ 昭和 ☐ 平成	60	年	6	月	6	日生
2 受講履歴	サービス管理責任者及び児童発達支援管理責任者研修（更新研修）修了証書記載研修名（該当箇所にレ点）								
	☒ サービス管理責任者 ☒ 児童発達支援管理責任者								
3 従事内容	サービス管理責任者及び児童発達支援管理責任者研修（実践研修）修了証書記載研修名（該当箇所にレ点）								
	☐ サービス管理責任者 ☐ 児童発達支援管理責任者								
4 実務経験	(令和 8 年 9 月 1 日 (金) 時点において) サービス管理責任者、児童発達支援管理責任者、管理者又は相談支援専門員として従事していますか（該当箇所に☑）								
	☐ はい → 記入箇所は以上です								
※ 1	サービス管理責任者、児童発達支援管理責任者、管理者又は相談支援専門員として従事していますか（該当箇所に☑）								
	※前回終了した更新研修または実践研修の修了日翌日から 2 年以内								
	業務期間		合計年月		従事内容(該当に☑)				
	令和 3 年 12 月 26 日 ～ 令和 4 年 12 月 25 日		1 年 0 カ月		名古屋社会福祉会 生活介護「名社」		☒ サービス管理責任者 ☐ 児童発達支援管理責任者 ☐ 管理者 ☐ 相談支援専門員		生活介護
	令和 4 年 12 月 26 日 ～ 令和 5 年 12 月 25 日		1 年 0 カ月		愛知社会福祉会 就労継続支援B型		☒ サービス管理責任者 ☐ 児童発達支援管理責任者 ☐ 管理者 ☐ 相談支援専門員		就労継続支援B型
	令和 年 月 日 ～ 令和 年 月 日		年 カ月				☐ サービス管理責任者 ☐ 児童発達支援管理責任者 ☐ 管理者 ☐ 相談支援専門員		
	業務期間の合計		2 年 0 カ月		通算して 2 年以上の実務経験が必要です				

※ 1 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。

※ 2 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。