

サービス管理責任者等研修(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】

社会福祉法人愛知県社会福祉協議会 会長 様

令和 年 月 日

[証明者]

法人・施設又は  
事業所名

同 所在地

電話番号

FAX番号

代表者職・氏名

公印

(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<br>1 氏 名                |  | 生年月日 | 昭和<br>平成 | 年        | 月 | 日生 |   |
| 2 受講履歴<br>※1                 | 修了証に記載の研修名(該当箇所にし点)  |      |          |          |   |    |   |
|                              | <input type="checkbox"/> サービス管理責任者<br><input type="checkbox"/> 児童発達支援管理責任者<br><input type="checkbox"/> 相談支援従事者初任者(講義部分のみ可) |      |          |          |   |    |   |
|                              | サービス管理責任者等研修(基礎研修)<br>修了年月日  |      |          | 平成<br>令和 | 年 | 月  | 日 |
| 相談支援従事者初任者(講義部分のみ可)<br>修了年月日 |  |      | 平成<br>令和 | 年        | 月 | 日  |   |
| 3 実務経験<br>※2                 | サービス管理責任者等研修(基礎研修)修了後、<br>2年以上の実務経験を満たす日<br>(実務経験が6か月となる方はそれを満たす日)   |      |          | 令和       | 年 | 月  | 日 |

上記3の実務経験期間(見込)の合計内訳

※基礎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。

※実務経験が6か月となる方は基礎研修修了日翌日から6か月以上の実務経験のみ記入してください。

| 4 実務経験<br>期間内訳<br>(実務経験を<br>満たす日まで)<br>受講開始時<br>11月10日までは<br>満たしていること<br>※2 | 業務期間                | 合計年月                               | 所属・事業所名 | 事業種別※3<br>従事内容 | 相談支援<br>直接支援の別 |
|---|---------------------|------------------------------------|---------|----------------|----------------|
|   |                     | 年 月 日<br>(基礎研修修了日翌日)<br>~<br>年 月 日 | 年 月     |                |                |
|   | 年 月 日<br>~<br>年 月 日 | 年 月                                |         |                | 相・直            |
|   | 年 月 日<br>~<br>年 月 日 | 年 月                                |         |                | 相・直            |
|   | 年 月 日<br>~<br>年 月 日 | 年 月                                |         |                | 相・直            |

※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等研修(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】

記入例

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

令和 6 年 9 月 2 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 福祉**

(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<br>1 氏 名 | <b>フクシ ジロウ</b><br><b>福祉 次郎</b>   | 生年月日            | 昭和<br><b>平成</b> <b>2</b> 年 <b>2</b> 月 <b>2</b> 日生 |
| 2 受講履歴<br>※1  | 修了証に記載の研修名(該当箇所にし点)(該当箇所にし点)<br><input checked="" type="checkbox"/> サービス管理責任者<br><input checked="" type="checkbox"/> 児童発達支援管理責任者<br><input checked="" type="checkbox"/> 相談支援従事者初任者(講義部分のみ可)<br>※注 ご自身の修了証書をご確認ください。2枚(サービス管理責任者1枚、児童発達支援管理責任者1枚)発行された方は両方チェックしてください。 |                 |   |
|               | サービス管理責任者等研修(基礎研修)<br>修了年月日  | 平成<br><b>令和</b> | <b>4</b> 年 <b>1</b> 月 <b>14</b> 日                 |
|               | 相談支援従事者初任者(講義部分のみ可)<br>修了年月日   | 平成<br><b>令和</b> | <b>3</b> 年 <b>12</b> 月 <b>14</b> 日                |
| 3 実務経験<br>※2  | サービス管理責任者等研修(基礎研修)修了後、<br>2年以上の実務経験を満たす日<br>(実務経験が6か月となる方はそれを満たす日)   | 令和              | <b>6</b> 年 <b>1</b> 月 <b>14</b> 日                 |

上記3の実務経験期間(見込)の合計内訳

※基礎研修の修了日翌日から2年以上  
※実務経験が6か月となる方は基礎研

業務期間は、実務経験を満たす日までをご記入ください。

※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。

| 4 実務経験<br>期間内訳<br>(実務経験を<br>満たす日まで)<br>受講開始時<br>11月10日までは<br>満たしていること<br>※2 | 業務期間  |           | 業務種別        | 相談支援<br>直接支援の別                  |
|---|---|-----------|-------------|---------------------------------|
|   | 業務期間  | 業務種別      |             |                                 |
|   | 令和 4 年 1 月 15 日<br>(基礎研修修了日翌日)<br>~ 令和 5 年 3 月 31 日                             | 1 年 2 月 日 | 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<br>相 <b>直</b> |
|   | 令和 5 年 4 月 1 日<br>~ 令和 6 年 2 月 14 日   | 年 10 月 日  | グループホーム〇〇   | 共同生活援助<br>生活支援員<br>相 <b>直</b>   |
|   | 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。<br>(※前事業所の実務経験書は必要ありません。) |           |             | 相・直                             |
|   | 年 月 日 日   | 年 月 日 日   |             | 相・直                             |

※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。