

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、受講者を管理者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

[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

法人印
代表者印

(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		生年月日	昭和 平成	年	月	日生
1 氏 名						
2 受講履歴 ※1	サービス管理責任者等研修(更新研修)修了証書記載研修名(該当箇所にレ点) <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					
	サービス管理責任者等研修(更新研修) 修了年月日					
3 実務経験 ※2	令和元年度以降に修了した更新研修後、サービス管理責任者、児童発達支援管理責任者、相談支援専門員又は管理者として2年以上の実務経験を満たした日					
	(令和6年9月20日時点において)事業所において、サービス管理責任者、児童発達支援管理責任者として従事している場合又は従事予定の場合は右欄にレ点を記入してください。		<input type="checkbox"/>			

上記3の実務経験期間(見込)の合計内訳 ※更新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。

4 実務経験 期間内訳 (2年以上の サービス管理責任者、児童発達支援管理責任者、 相談支援専門員 又は管理者として の実務経験 ※2	業務期間	合計年月	所属・事業所名	事業種別 ※3
				従 事 内 容
	年 月 日 ~ 年 月 日	年 月 日 ~ 年 月 日		
	年 月 日 ~ 年 月 日	年 月 日 ~ 年 月 日		
	年 月 日 ~ 年 月 日	年 月 日 ~ 年 月 日		
	年 月 日 ~ 年 月 日	年 月 日 ~ 年 月 日		

※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、受講者を管理者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)

この証明書は、受講者をサービス管理管理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 年 月 日

[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 1 氏 名	フクシ タロウ 福祉 太郎	生年月日	昭和 平成 60 年 6 月 6 日生
2 受講履歴 ※1	サービス管理責任者等研修(更新研修)修了証書記載研修名(該当箇所にレ点) <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		
	サービス管理責任者等研修(更新研修) 修了年月日	令和 元 年 12 月 25 日	
3 実務経験 ※2	令和元年度以降に修了した更新研修後、サービス管理責任者として2年以上の実務経験を満たした日 令和6年9月20日時点の見込です。	令和 3 年 12 月 25 日	
	(令和6年9月20日時点において)事業所において、サービス管理責任者、児童発達支援管理責任者として従事している場合又は従事予定の場合は右欄にレ点を記入してください。	<input checked="" type="checkbox"/>	

上記3の実務経験期間(見込)の合計内訳 ※更新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。

4 実務経験 期間内訳 (2年以上の)	業務期間	合計年月	所属・事業所名	事業種別 ※3 従事内容
		令和元 年 12 月 26 日 ～ 令和3 年 12 月 25 日	2年 0ヶ月	愛知社会福祉会 ワークス愛社
	年 月 日	年 ヶ月		
	年 月 日	年 ヶ月		

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。
(※前事業所の実務経験証明書は必要ありません。)

※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。