

令和8年度 福岡県サービス管理責任者または児童発達支援管理責任者更新研修【一次募集】


実務経験（見込）証明書

※離職済みの方は、就業していた事業所に在職期間中の実務経験を証明してもらってください。

※離職済みの方で、就業していた事業所に証明していただくことが難しい方（すでに事業所がない等）は、証明できない理由を枠外に記入し、「2. 申込者情報」を記入して提出してください。

※複数の事業所での実務経験が通算して2年を超える方は、各事業所に証明していただき、複数枚提出してください。

1. 施設・事業所情報

施設・事業所名			
施設・事業所サービス種類 <small>※該当しない場合は、要件を満たしません</small>	<input type="checkbox"/> ①居宅介護 <input type="checkbox"/> ②重度訪問介護 <input type="checkbox"/> ③同行援護 <input type="checkbox"/> ④行動援護 <input type="checkbox"/> ⑤重度障害者等包括支援 <input type="checkbox"/> ⑥自立生活支援 <input type="checkbox"/> ⑦自立訓練(機能訓練・生活訓練・宿泊型) <input type="checkbox"/> ⑧就労移行支援(一般型・資格取得型) <input type="checkbox"/> ⑨就労継続支援(A型・B型) <input type="checkbox"/> ⑩就労選択支援 <input type="checkbox"/> ⑪施設入所支援 <input type="checkbox"/> ⑫就労定着支援 <input type="checkbox"/> ⑬生活介護 <input type="checkbox"/> ⑭療養介護 <input type="checkbox"/> ⑮短期入所 <input type="checkbox"/> ⑯共同生活援助 <input type="checkbox"/> ⑰指定障害児入所施設等(児童発達支援センターや放課後等デイサービス等の障害児通所支援を含む) <input type="checkbox"/> ⑱指定一般相談支援事業所 <input type="checkbox"/> ⑲指定特定相談支援事業所 <input type="checkbox"/> ⑳指定障害児相談支援事業所		
施設・事業所住所			
施設・事業所電話番号		代表者氏名	
<p>下記申込者の実務経験は、間違いないことを証明します。 日付：令和8年 月 日 </p>			

2. 申込者情報

フリガナ			生年月日
氏名			和暦 年 月 日
<p>現在、障害福祉サービス事業所（もしくは障害児入所施設）等で、サービス管理責任者、児童発達支援管理責任者、管理者 または 指定相談支援事業所等で、相談支援専門員として従事していますか。</p>			
<p><input type="checkbox"/> 従事している → ①のみを記入してください（実務期間は不問）  <input type="checkbox"/> 従事していない → ①と②を記入してください</p>			
①	役職	<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 <input type="checkbox"/> 管理者 <input type="checkbox"/> 相談支援専門員	
②	①の役職の実務経験期間	<p>(現在、従事していない方のみ記入) 実務経験期間： 年 月 日</p> <p>令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日</p> <p><small>※令和3年8月1日～令和8年7月末の期間で、実務経験期間（見込含む）を記入            ※実務経験期間（見込含む）が通算して2年に満たない場合は、受講要件を満たさないため受講不可</small></p>	