

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

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. 施設情報

施設・事業所名			
サービス種類 ※該当しない場合は、 要件を満たしません	☐ 居宅介護 ☐ 重度訪問介護 ☐ 同行援護 ☐ 行動援護 ☐ 重度障害者等包括支援 ☐ 自立生活支援 ☐ 自立訓練（機能訓練・生活訓練・宿泊型） ☐ 就労移行支援（一般型・資格取得型） ☐ 就労継続支援（A型・B型） ☐ 施設入所支援 ☐ 就労定着支援 ☐ 生活介護 ☐ 療養介護 ☐ 短期入所 ☐ 共同生活援助 ☐ 指定障害児入所施設等		
	☐ 指定一般相談支援事業所 ☐ 指定特定相談支援事業所 ☐ 指定障害児相談支援事業所		
施設・事業所住所			
電話番号		代表者氏名	
下記申込者の実務経験は、間違いなことを証明します。 日付：令和 7 年 月 日 			

2. 申込者情報

フリガナ		生年月日
氏名		和暦 年 月 日
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。 ☐ 従事している → ① を記入ください ☐ 従事していない → ①②を記入ください		
①	役職	☐ 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
②	①の役職の 実務経験期間	令和 年 月 日 ～ 令和 年 月 日 ※ <u>令和2年11月～令和7年10月末の間で、実務経験期間（見込含む）を記入してください。</u> ※ <u>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できません。</u>