

実務経験（見込）証明書

※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。
※離職済みの方は、在職期間中の実務経験を記入して、就業していた事業所に証明していただいでください。

施設・事業所所在地
施設・事業所名
代表者氏名
電話番号



下記の者の実務経験は、間違いないことを証明します。 記入日：令和 年 月 日

受講条件 ※必ずどちらかに○をつけてください	ア	サービス管理責任者等更新研修を修了後、サービス管理責任者、児童発達支援管理責任者、管理者または相談支援専門員として現に従事している者		
	イ	サービス管理責任者等更新研修を修了後、ア)の業務に現在は従事していないが、本研修の受講開始日前5年間に於いてア)の業務に通算して2年以上従事していた者		
フリガナ			生年 月日	西暦 年 月 日
氏名				
事業所所在地	〒			
施設 (事業所)名				
施設 (事業所) 種別	☐ 療養介護 ☐ 生活介護 ☐ 施設入所支援 ☐ 自立訓練（機能訓練） ☐ 自立訓練（生活訓練※宿泊型含む） ☐ 就労移行 ☐ 就労継続A型 ☐ 就労継続B型 ☐ 就労定着支援 ☐ 就労選択支援 ☐ 自立生活援助 ☐ 共同生活援助 ☐ 児童発達支援 ☐ 放課後等デイサービス ☐ 保育所等訪問支援 ☐ 障害児入所施設 ☐ 一般相談支援 ☐ 特定相談支援 ☐ 障害児相談支援 ☐ 基幹相談支援 ☐ その他（ ）			
更新研修 修了年月日	令和 年 月 日（注1）			
更新研修 修了後の 実務経験 期間	従事期間		合計年月	従事内容
	令和 年 月 日～令和 年 月 日		年 ヶ月	☐ サビ管 ☐ 管理者 ☐ 児発管 ☐ 相談支援
	令和 年 月 日～令和 年 月 日		年 ヶ月	☐ サビ管 ☐ 管理者 ☐ 児発管 ☐ 相談支援
	令和 年 月 日～令和 年 月 日		年 ヶ月	☐ サビ管 ☐ 管理者 ☐ 児発管 ☐ 相談支援

※現在従事している方は、令和8年2月4日までの実務経験を記入してください。

※実務経験期間は更新研修修了年月日（注1）以降の日付で記入してください。