

実務経験（見込）証明書

施設・事業所所在地

施設・事業所名

代表者氏名

電話番号

印

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 8 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、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	本研修の受講開始日前 5 年間（R3/10/31～R8/10/30）において、ア）の業務に 通算して 2 年以上従事していた者（現在は従事していない者）		
フリガナ			生年 月 日	西暦 年 月 日
氏名				
事業所所在地	〒			
事業所（施設）名				
事業所（施設）種別	☐ 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 ☐ 療養介護 ☐ 生活介護 ☐ 短期入所 ☐ 施設入所支援 ☐ 自立訓練（機能訓練） ☐ 自立訓練（生活訓練） ☐ 就労移行支援 ☐ 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			

●受講条件（ア）（イ）すべての方

前回修了の研修	☐ 更新研修 ☐ 実践研修	修了年月日	令和 年 月 日(注 1)
---------	---	-------	---------------

●受講条件（ア）の方

前回の研修 修了後(注 1) における ①～④の 実務経験 期間	実務経験期間	通算年月	従事内容
	※開始日は（注 1）以降 令和 年 月 日～令和 8 年 10 月 30 日	年 月	☐ ①サービス管理責任者 ☐ ②児童発達支援管理責任者 ☐ ③管理者 ☐ ④相談支援専門員

●受講条件（イ）の方

本研修の受講開始日前 5 年間にお ける①～④ の実務経験 期間	実務経験期間	通算年月	従事内容
	※開始日は令和 3 年 10 月 31 日以降 令和 年 月 日～令和 年 月 日	年 月	☐ ①サービス管理責任者 ☐ ②児童発達支援管理責任者 ☐ ③管理者 ☐ ④相談支援専門員

※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けてください。