

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、間違いのないことを証明します。 記入日：令和 年 月 日

受講条件 <small>※必ずどちらかに○をつけてください</small>	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	<input type="checkbox"/> 療養介護 <input type="checkbox"/> 生活介護 <input type="checkbox"/> 施設入所支援 <input type="checkbox"/> 自立訓練（機能訓練） <input type="checkbox"/> 自立訓練（生活訓練※宿泊型含む） <input type="checkbox"/> 就労移行 <input type="checkbox"/> 就労継続A型 <input type="checkbox"/> 就労継続B型 <input type="checkbox"/> 就労定着支援 <input type="checkbox"/> 自立生活援助 <input type="checkbox"/> 共同生活援助 <input type="checkbox"/> 児童発達支援 <input type="checkbox"/> 放課後等デイサービス <input type="checkbox"/> 保育所等訪問支援 <input type="checkbox"/> 障害児入所施設 <input type="checkbox"/> 指定一般相談支援事業所 <input type="checkbox"/> 指定特定相談支援事業所 <input type="checkbox"/> 指定障害児相談支援事業所 <input type="checkbox"/> その他（ ）			
更新研修 修了年月日	令和 年 月 日			
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	<input type="checkbox"/> サビ管 <input type="checkbox"/> 管理者 <input type="checkbox"/> 児発管 <input type="checkbox"/> 相談支援
	令和 年 月 日～令和 年 月 日		年 ヶ月	<input type="checkbox"/> サビ管 <input type="checkbox"/> 管理者 <input type="checkbox"/> 児発管 <input type="checkbox"/> 相談支援
	令和 年 月 日～令和 年 月 日		年 ヶ月	<input type="checkbox"/> サビ管 <input type="checkbox"/> 管理者 <input type="checkbox"/> 児発管 <input type="checkbox"/> 相談支援

※現在従事している方は、令和7年2月5日までの実務経験を記入してください。