

## 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 <b>現に従事している者</b>		
	イ	本研修の受講開始日前5年間（R3/8/18～R8/8/17）において、ア）の業務に <b>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）</b>		
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	<input type="checkbox"/> 居宅介護 <input type="checkbox"/> 重度訪問介護 <input type="checkbox"/> 同行援護 <input type="checkbox"/> 行動援護 <input type="checkbox"/> 重度障害者等包括支援 <input type="checkbox"/> 療養介護 <input type="checkbox"/> 生活介護 <input type="checkbox"/> 短期入所 <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） <input type="checkbox"/> 就労移行支援 <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"/> 就労選択支援 <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"/> 一般相談支援 <input type="checkbox"/> 特定相談支援 <input type="checkbox"/> 障害児相談支援 <input type="checkbox"/> 基幹相談支援			

## ●受講条件（ア）（イ）すべての方

前回修了の研修	<input type="checkbox"/> 更新研修 <input type="checkbox"/> 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8月17日	年 月	<input type="checkbox"/> ①サービス管理責任者 <input type="checkbox"/> ②児童発達支援管理責任者 <input type="checkbox"/> ③管理者 <input type="checkbox"/> 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8月18日以降 令和 年 月 日～令和 年 月 日	年 月	<input type="checkbox"/> ①サービス管理責任者 <input type="checkbox"/> ②児童発達支援管理責任者 <input type="checkbox"/> ③管理者 <input type="checkbox"/> 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くください。