

# 児童発達支援管理責任者実践研修 実務経験証明書

(証明者) 証明年月日 令和 5 年 月 日

法人所在地 〒

法人所名称

代表者名

下記の者の実務経験は以下のとおりであることを証明します。

| 氏 名                              |                               | (旧姓 )   |                      | 生年月日               |                          |                                       |   |   |
|----------------------------------|-------------------------------|---|----------------------|--------------------|--------------------------|---------------------------------------|---|---|
|                                  |                               |   |                      | S・H                | 年                        | 月 日生                                  |   |   |
| 施設又は事業所名称<br>(事業種別) ※1           |                               | ( 例：障害者職業センター、児童相談所、救護施設等 )   |                      |                    |                          |                                       |   |   |
| 所在地                              |                               |   |                      |                    |                          |                                       |   |   |
| 従<br>事<br>し<br>た<br>内<br>容<br>※1 | 相談支援業務<br><br>右のア～カ<br>いずれかに○ | ア 相談支援事業に従事   | イ 相談機関等において相談支援業務に従事 | ウ 施設等において相談支援業務に従事 | エ 就労支援に関する相談支援の業務に従事     | オ 学校教育法第1条に規定する学校(大学除く)において相談支援の業務に従事 | カ 病院若しくは診療所において相談支援業務に従事                          | 職種 _____<br><br>従事期間 ____年 ____月<br>～ ____年 ____月 |
|                                  | 直接支援業務<br><br>右のア～オ<br>いずれかに○ | ア 施設において介護業務に従事   | イ 事業所等において介護業務に従事    | ウ 医療機関等において介護業務に従事 | エ 障害者雇用事業所において就業支援の業務に従事 | オ 学校教育法第1条に規定する学校(大学除く)に従事            | 職種 _____<br><br>従事期間 ____年 ____月<br>～ ____年 ____月 |   |
| 従事期間計<br><br>(令和5年10月9日現在)       |                               | 年      月  |                      |                    |                          |                                       |   |   |
|                                  |                               | <input type="checkbox"/> 実際に業務に従事した日数が <u>1年間あたり180日以上</u> であることを確認しました<br>※確認後✓を入れてください<br>・休日・休暇・産休・育休・休職・研修期間等は従事期間に含まれません<br>・管理者は実務経験に含まれません |                      |                    |                          |                                       |   |   |

## ※記入についての留意事項

- ・ 基礎研修修了日翌日から令和5年10月9日までの期間についてご記入下さい(基礎研修修了前の実務年数は合算できません)。
- ・ ※1の 事業種別、従事した内容については別添「サービス管理責任者の実務要件」を参考にご記入下さい。
- ・ 内容は 正確にご記入下さい。次の場合には、実務経験証明書として無効となりますのでご注意ください。
  - ① 証明権限を有する者の氏名の記入のないもの  
(証明権限を有する者とは、実務従事期間に勤務していた法人の代表者のことをいいます)
  - ② 訂正事項が修正液等の使用によるもの、証明権限を有する者の訂正印のないもの
  - ③ 施設又は事業所名、実務従事期間等の記入もれ及び不明なもの