

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		生年月日	
		(旧姓)	S・H 年 月 日生
施設又は事業所名称 (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			
従事した内容 ※1	相談支援業務 右のア～オ カ(1)～(4) 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相談支援業務に従事し、(1)、(2)、(3)、(4)に該当	職種 _____ 従事期間 ____年 ____月 ~ ____年 ____月
	直接支援業務 右のア～オ いずれかに○	ア 施設等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 _____ 従事期間 ____年 ____月 ~ ____年 ____月
保有資格があれば記入	③の1 資格等記入 (1)～(5) いずれかに○	(1) 社会福祉主事任用資格 (2) 相談支援の業務に関する基礎的な研修を修了する等により相談支援の業務を行うために必要な知識及び技術を習得したものと認められる者 [ホームヘルパー2級(現:介護職員初任者研修)以上に相当する研修を修了した者] (3) 保育士又は国家戦略特別区域限定保育士 (4) 児童指導員任用資格 (5) 精神障害者社会復帰指導員任用資格	
	③の2 国家資格等 ※1 記入	資格名称 _____ 取得年月日 ____年 ____月 ____日 資格名称 _____ 取得年月日 ____年 ____月 ____日 資格名称 _____ 取得年月日 ____年 ____月 ____日	
従事期間計 (基礎研修受講開始前の期間のみ算定すること)		年 ____ 月 ____ <input type="checkbox"/> 実際に業務に従事した日数が1年間あたり180日以上であることを確認しました ※確認後✓を入れてください ・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 ・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

- ・基礎研修受講開始日前の実務経験期間についてご記入下さい(基礎研修受講開始日後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、国家資格等については別添「児童発達支援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