

個別支援計画の作成の業務に関する 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 (事業種別)	(例：障害者職業センター、児童相談所、救護施設等)			
所在地				
個別支援計画の作成の業務内容 ※右記業務について確認後全てチェックを入れること	<input type="checkbox"/> 利用者について面接した上でアセスメントを行う。 <input type="checkbox"/> アセスメント及び支援内容の検討結果に基づき個別支援計画原案を作成する。 <input type="checkbox"/> 個別支援計画の作成に係る会議を開催し、上記原案の内容について担当者等から意見を求める。 <input type="checkbox"/> 個別支援計画原案の内容について利用者又はその家族に対して説明し、利用者の同意を得た上で、個別支援計画を利用者に交付する。 <input type="checkbox"/> 定期的に個別支援計画の実施状況の把握及び利用者についての継続的なアセスメント(モニタリング)を行う(少なくとも6ヶ月に1回以上個別支援計画の見直しを行い、必要に応じて個別支援計画の変更を行う。)			
個別支援計画の実務従事期間 (令和5年10月9日現在)	年 月 日～ 年 月 日 (年 月間) <input type="checkbox"/> 実際に業務に従事した日数が6ヶ月あたり90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			
うち個別支援計画を作成する回数	<input type="checkbox"/> 実際に個別支援計画作成の一連の業務に従事した回数が10回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			

※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)。
- ・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下さい。
 - 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

※「個別支援計画の作成の業務」とは、利用者へのアセスメントの実施、個別支援計画の原案の作成、個別支援会議への参加等の一連の業務のことをいう。

※必要に応じてコピーし使用