**サービス管理責任者及び児童発達支援管理責任者更新研修**　実務経験証明書

（様式１）

　　　　　　　　　　　　　　　　（証明者）証明年月日　令和６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（サービス種別） | 例：共同生活援助、放課後等デイサービス、指定計画相談支援、指定障害児相談支援等 |
| 所在地 |  |
| 従事した内容　 | 右の**ア**～**ウ**いずれかに**〇** | **ア**　相談支援事業所で相談支援専門員として従事**イ**障害福祉サービス事業所及び障害者支援施設において管理者又はサービス管理責任者として従事**ウ**　障害児通所支援事業所及び障害児入所施設において管理者又は児童発達支援管理責任者として従事 | 職種　　　　　　　　従事期間　　　年　　月 ～　　　年　　月 |
| 従事期間計（令和6年7月23日現在） | **年　　　 ヶ月**[ ]  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 |

**※記入についての留意事項**

・**サービス管理責任者実践研修修了日翌日または前回更新研修修了日翌日～令和６年７月２３日までの５年間の**

**うち、２年以上の実務経験期間**についてご記入下さい（実践研修修了前の実務年数は合算できません）。

・事業所で従事期間が2年未満の場合は事業所ごと分けて作成してください。例：2ヶ所の場合は2枚提出

・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）

1. 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
2. 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

※必要に応じてコピーし使用