

サービス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6年 月 日

法人所在地 〒

法人所名称

代表者名

記入についての留意事項 (よくご覧になってから作成ください)

- ・ 基礎研修修了日翌日から令和6年10月8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。
- ・ 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

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		
		修了証の氏と違う場合は証明できる書類の添付が必要	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～カ いずれかに○	ア 相談支援事業所に従事 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 特別支援教育における進路指導・教育相談業務に従事 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 _____ 従事期間 ____年 ____月 から ____年 ____月 まで または現在		
	直接支援業務 右のア～ウ いずれかに○	ア 施設及び保険医療機関等において介護業務又は訓練等の業務に従事 イ 障害者雇用事業所において就業支援の業務に従事 ウ 特別支援教育における職業教育の業務に従事	職種 _____ 従事期間 ____年 ____月 から ____年 ____月 まで または現在		
従事期間計 (令和6年10月8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 ※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			