

# 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

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 _____	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～オ 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 _____	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		