実務経験証明書

様式1

（証明者）　　　 証明年月日　　　年　　月　　日

　　　　　　　　　　　法人・施設・事業所名

　　　　　　　　　　　　　　　　　　所在地

　　　　　　　　　　　　　　　　　電話番号

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　氏名　　　　　　　　　　　　　　　　印

**サービス管理責任者基礎研修・児童発達支援管理責任者基礎研修**の受講を希望する

↑（希望する研修に〇をする）

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

|  |  |
| --- | --- |
| ふりがな氏名 | 　　　　　　　　　　　　　　　資格を証明する書類と異なる場合は公的証明書写し添付要（旧姓　　　 　　） |
| 生年月日 | 昭和・平成　　　年　　　月　　　日生 |
| 支援の別 | 　　　　　　**相談支援　・　直接支援**　　　←いずれかに〇 |
| 職種実務期間（産休・育休・療養休暇等長期休暇は含まない）【基礎研修開始前(7/21)までの期間】 | 職　　種：　　　　　　　　　　　　　　　　（　　　年　　　カ月）　　　実務期間：　　　　年 　 月 　 日～　　　　年 　 月　 日（日数　　　日）業務内容：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　職　　種：　　　　　　　　　　　　　　　　（　　　年　　　カ月）　　　実務期間：　　　　年 　 月 　 日～　　　　年 　 月　 日（日数　　　日）業務内容：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　職　　種：　　　　　　　　　　　　　　　　（　　　年　　　カ月）　　　実務期間：　　　　年 　 月 　 日～　　　　年 　 月　 日（日数　　　日）業務内容：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　**実務期間合計　　　年　　カ月**※従事日数が1年あたり180日以上である **□**（←確認できれば✓をいれる） |
| **上記の実務を行った施設又は事業所**（法人名から記入）　法人名、施設・事業所名：　　　　　　　　事業種別：　　　　　　　　所在地　：※他法人、他施設等の実務がある場合は別に証明書を作成ください |

**※記入についての留意事項**

受講要件確認に必要です。内容は正確に、すべてご記入ください。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証明者（実務期間に所属していた法人・事業所等の代表者）の氏名の記載、押印がない

②修正液等の使用による訂正（証明者の訂正印が必要）

③記載・記入もれがある、不備がある等により内容が不明である