**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）

（要件①③）

　　　　　　　　　　　　　　　　（証明者）証明年月日　令和７年　　　月　　　日

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　法人所在地　〒

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　法人名称

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　代表者名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　印

　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 |
| 直近の修了している研修は　サービス管理責任者実践・児童発達支援管理責任者実践（　　　をする→）　　サービス管理責任者更新・児童発達支援管理責任者更新**修了日　令和　　年　　月　　日** ※修了証書に記載されている日付を記入してください |
|  |
| 現在の職について、□のいずれかひとつに✓をいれ、右欄に記入 |
| □ サービス管理責任者（受講要件①）□ 児童発達支援管理責任者（受講要件③）□ 管理者（受講要件①） | 実務期間：就任日　　　　年　　　月　　　日 ～ 現在実務事業所事業所名： （証明者の法人の事業所であること）所在地： |
| * 相談支援専門員（受講要件①又は③）
 | 就任予定：サービス管理責任者 ・ 児童発達支援管理責任者（↑いずれかに〇）就任予定日 　　 　年 　　 月 　　日　　　　　実務事業所事業所名： （証明者の法人の事業所であること）所在地： |

**※記入についての留意事項**

・**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７年１０月２１日までの５年間**についてご記入下さい。

・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