**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２）

（要件②④）

　　　　　　　　　　　　　　　　（証明者）証明年月日

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　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 | | | |
|  | | | |
| 該当する職種の□に✓をいれ、本研修受講前５年間の実務期間について右欄に記入  **（サビ管・児発管の実務年数は合算できません）** | | | |
| * サービス管理責任者 * 児童発達支援管理責任者 * 管理者 * 相談支援専門員 | | 令和　　年度　　　月　　日 ～　　月　　日（　　　日）（職種　　 　　　　）  令和　　年度　　　月　　日 ～　　月　　日（　　　日）（職種　　 　　　　）  令和　　年度　　　月　　日 ～　　月　　日（　　　日）（職種　　 　　　　）  令和　　年度　　　月　　日 ～　　月　　日（　　　日）（職種　　 　　　　）  令和　　年度　　　月　　日 ～　　月　　日（　　　日）（職種　　　 　　　）  令和　　年度　　　月　　日 ～　　月　　日（　　　日）（職種　　 　　　　） | |
| 上記期間の長期休暇　　　年　　月　　日～　　年　　月　　日（　　　日）  　　　年　　月　　日～　　年　　月　　日（　　　日） | |
| **実務期間計　　　年　　　カ月**（日数計を年カ月になおす必要はありません）  **日数計　　　日**（公休、長期休暇（産育休など）、長期研修等を含まず） | |
| 上記の実務を行った事業所（証明者の法人の事業所であること）  　事業所名：  　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からの期間**についてご記入下さい。

・**事業所で従事期間が2年未満の場合は事業所ごとに分けて作成**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