（様式２）
（要件②④）

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

記入例

（証明者）証明年月日　令和７年　７月　２０日

法人所在地　〒123-4567　松江市★町 89-10

法人名称　社会福祉法人　○△□福祉会

代 表 者 名　理事長　●◎　☆▼　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	申し込み入力の氏名 研修　いろは	修了証書記載の氏名 （旧姓　人材　） 公的証明書（写）添付要	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　２年　１２月　９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	令和　２年度１２月１０日　～　３月３１日（Ⓐ７６日）（職種　サビ管　） ①上記期間３カ月１５日
□ 児童発達支援管理責任者	令和　３年度　４月　１日　～　９月３０日（Ⓑ９０日）（職種　サビ管　） ②上記期間６カ月
☑ 管理者	令和　３年度１０月　１日　～　３月３１日（Ⓒ１２０日）（職種　管理者　） ③上記期間６カ月
	令和　５年度　４月　１日　～　３月３１日（Ⓓ２５６日）（職種　サビ管　） ④上記期間１２カ月
□ 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　）
実務期間の①～④合計から⑤の休みを除いた期間	上記期間の長期休暇 令和　３年　７月　２１日～　３年　８月３１日（Ⓔ３０日）⑤１カ月８日休み 月　日～　年　月　日（　日）
実務期間Ⓐ～Ⓓ合計からⒺの休みを除いた日数（有給休暇は出勤扱）	実務期間計　２年　２カ月（日数計を年カ月になおす必要はありません） 日数計　５４２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：就労継続支援事業所○△□
所在地　：〒123-4567　松江市★町 89-10

※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）
  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

※必要に応じてコピーし使用