

サービス管理責任者等研修(実践研修)実務経験証明書  
【サービス管理責任者/児童発達支援管理責任者用】

社会福祉法人愛知県社会福祉協議会 会長 様

令和 年 月 日

[証明者]

法人・施設又は  
事業所名

同 所在地

電話番号

FAX番号

代表者職・氏名

公印

(記入担当者氏名)

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。

フリガナ 1 氏 名		生年月日	昭和 平成	年	月	日生
2 受講履歴 ※1	サービス管理責任者等研修(基礎研修)及び相談支援従事者初任者研修修了証書記載研修名(該当箇所にレ点)					
	<input type="checkbox"/> サービス管理責任者 <input type="checkbox"/> 児童発達支援管理責任者 <input type="checkbox"/> 相談支援従事者初任者(講義部分のみ可)					
	サービス管理責任者等研修(基礎研修) 修了年月日		平成 令和	年	月	日
	相談支援従事者初任者(講義部分のみ可) 修了年月日		平成 令和	年	月	日
3 実務経験 ※2	サービス管理責任者等研修(基礎研修)修了後、 2年以上の実務経験を満たす日 (実務経験が6か月となる方はそれを満たす日)		令和	年	月	日

上記3の実務経験期間(見込)の合計内訳

※基礎研修の修了日翌日から2年以上の実務経験のみ記入してください。

※実務経験が6か月となる方は基礎研修修了日翌日から6か月以上の実務経験のみ記入してください。

4 実務経験 期間内訳 (実務経験を 満たす日まで) 受講開始時 11月12日までは 満たしていること ※2	業務期間	合計年月	所属・事業所名	事業種別※3 従事内容	相談支援 直接支援の別
	年 月 日 (基礎研修修了日翌日) ~ 年 月 日	年 月 日 ~ 年 月 日	年 月 日		
年 月 日 ~ 年 月 日	年 月 日 ~ 年 月 日	年 月 日			相・直
年 月 日 ~ 年 月 日	年 月 日 ~ 年 月 日	年 月 日			相・直
年 月 日 ~ 年 月 日	年 月 日 ~ 年 月 日	年 月 日			相・直

※1 実践研修受講にあたっては、基礎研修で修了されたサービス管理責任者、児童発達支援管理責任者、またはその両方の修了証書が発行されます。

※2 この経験証明書は、受講者をサービス管理責任者等として配置予定の法人・事業所が、これまでの実務経験を確認したうえで作成してください(この証明書は、研修受講資格確認のためのものであり、事業者指定要件を証明するものではありません)。実務経験に該当するか否か等の確認は、事業所を所管する県(又は指定都市・中核市)の事業指定担当課に確認してください。

なお、過去の所属事業所の実務経験証明書の提出は必要ありません。

※3 事業種別は、生活介護、共同生活援助、就労継続支援A型、就労継続支援B型、障害児通所支援、放課後等デイサービス等をご記入ください。

サービス管理責任者等研修(実践研修)実務経験証明書  
【サービス管理責任者/児童発達支援管理責任者用】

記入例

この経験書は、受講者をサービス管理責任者等として配置予定の法人・事業所が作成してください。

令和 5 年 9 月 1 日

社会福祉法人愛知県社会福祉協議会 会長 様

[証明者]

法人・施設又は事業所名 **社会福祉法人あいちふくし会**

同 所在地 **名古屋市東区白壁1番地50**

電話番号 **052-212-5516**

FAX番号 **052-212-5518**

代表者職・氏名 **会長 愛知 福祉**

(記入担当者氏名)

会ふあ社社  
く公財会  
しち人福

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。

フリガナ 1 氏 名	<b>フクシ ジロウ</b> <b>福祉 次郎</b>	生年月日	昭和 <b>平成</b> <b>2</b> 年 <b>2</b> 月 <b>2</b> 日生
2 受講履歴 ※1	サービス管理責任者等研修(基礎研修)及び相談支援従事者初任者研修修了証書記載研修名(該当箇所にレ点) <input checked="" type="checkbox"/> サービス管理責任者 <input checked="" type="checkbox"/> 児童発達支援管理責任者 <input checked="" type="checkbox"/> 相談支援従事者初任者(講義部分のみ可) ※注 ご自身の修了証書をご確認ください。2枚(サービス管理責任者1枚、児童発達支援管理責任者1枚)発行された方は両方チェックしてください。		
	サービス管理責任者等研修(基礎研修) 修了年月日	平成 <b>令和</b>	<b>3</b> 年 <b>2</b> 月 <b>14</b> 日
	相談支援従事者初任者(講義部分のみ可) 修了年月日	平成 <b>令和</b>	<b>2</b> 年 <b>12</b> 月 <b>14</b> 日
3 実務経験 ※2	サービス管理責任者等研修(基礎研修)修了後、 2年以上の実務経験を満たす日 (実務経験が6か月となる方はそれを満たす日)	令和	<b>5</b> 年 <b>2</b> 月 <b>14</b> 日

上記3の実務経験期間(見込)の合計内訳

※基礎研修の修了日翌日から2年以上

※実務経験が6か月となる方は基礎研

業務期間は、実務経験を満たす日までをご記入ください。

※通算した実務経験期間については、30日を1カ月として計算し、1カ月未満の端数は、切り捨ててください。

4 実務経験 期間内訳 (実務経験を 満たす日まで) 受講開始時 11月12日までは 満たしていること ※2	業務期間		業務内容	業務種別	相対支援 直接支援の別
	年 月 日 ~ 年 月 日	年 月 日			
	令和 3 年 2 月 15 日 (基礎研修修了日翌日) ~ 令和 4 年 3 月 31 日	1 年 1 月 17 日	〇〇就労継続支援事業所	就労継続支援B型 生活支援員	相 <b>直</b>
	令和 4 年 4 月 1 日 ~ 令和 5 年 2 月 14 日	年 10 月 14 日	グループホーム〇〇	共同生活援助 生活支援員	相 <b>直</b>
	過去に所属していた事業所の実務経験については、現事業所にて実務の内容を十分に確認された上でご記入ください。 (※前事業所の実務経験書は必要ありません。)				
	年 月 日 ~ 年 月 日	年 月 日			相・直

※1 実践研修受講にあたっては、基礎研修で修了されたサービス管理責任者、児童発達支援管理責任者、またはその両方の修了証書が発行されます。  
 ※2 この経験証明書は、受講者をサービス管理責任者等として配置予定の法人・事業所が、これまでの実務経験を確認したうえで作成してください(この証明書は、研修受講資格確認のためのものであり、事業者指定要件を証明するものではありません)。実務経験に該当するか否か等の確認は、事業所を所管する県(又は指定都市・中核市)の事業指定担当課に確認してください。  
 なお、過去の所属事業所の実務経験証明書の提出は必要ありません。  
 ※3 事業種別は、生活介護、共同生活援助、就労継続支援A型、就労継続支援B型、障害児通所支援、放課後等デイサービス等をご記入ください。