

児童発達支援管理責任者(基礎研修)実務経験証明書 【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 受講資格 ※1	児童発達支援管理責任者 研修受講時点で「障害児通所支援又は障害児入所支援の提供の管理を行う者として厚生労働大臣が定めるもの」(平成24年厚生労働省告示第230号)及び「障害児通所支援又は障害児入所」の一部改正(平成31年厚生労働省第110号)に規定する実務経験期間を有していること。 又、障害児通所支援又は障害児入所支援の提供を行う事業所に従事又は従事予定の者。 なお、上記に規定される実務経験期間が2年満たない段階の者も受講可。						
3 実務経験 ※2	児童発達支援管理責任者に係る実務経験期間の合計 (研修受講令和3年8月1日時点見込) ※実務経験の内訳については、4に記入してください。			相談支援業務	合計	年	ヵ月
				直接支援業務	合計	年	ヵ月
	[実施要領の別紙1]を参照の上、1～4のいずれかに該当するか○印を記入してください。(複数選択可)						
	1 下記の資格を有する者で、別紙1にある施設において「相談支援業務」又は「直接支援業務」が通算して3年以上である者(該当する資格に○をしてください。)かつ老人福祉施設・医療機関等以外での「相談支援業務」又は「直接支援業務」が1年以上である者 社会福祉主事任用資格者(介護福祉士、精神保健福祉士等) 介護職員初任者研修に相当する研修を修了した者 保育士(直接支援業務のみ) 児童指導員任用資格者(直接支援業務のみ)						
	2 下記の国家資格等による業務に5年以上従事している者で、別紙1にある老人福祉施設・医療機関等以外での「相談支援業務」又は「直接支援業務」が通算して1年以上である者(該当する資格に○をしてください。) 医師 歯科医師 薬剤師 保健師 助産師 看護師 准看護師 理学療法士 作業療法士 社会福祉士 介護福祉士 視能訓練士 義肢装具士 歯科衛生士 言語視覚士 あん摩マッサージ指圧師 はり師 きゅう師 柔道整復師 栄養士(管理栄養士を含む) 精神保健福祉士						
	3 上記1～2の資格者でない者で、別紙1にある施設において「相談支援業務」に3年以上従事した者かつ老人福祉施設・医療機関等以外での「相談支援業務」に1年以上従事した者 4 上記1～2の資格者でない者で、別紙1にある施設において「直接支援業務」に6年以上従事した者かつ老人福祉施設・医療機関等以外での「直接支援業務」に1年以上従事した者						

上記3の実務経験期間の合計内訳(※該当資格の実務経験がある場合は別枠に記入のこと)

4 実務経験 期間内訳 (研修受講 令和3年8月1日 時点見込) ※2	業務期間	合計年月	所属・事業所名	事業種別※3	相談支援 直接支援の別
				従事内容	
	年 月 日 ～ 年 月 日	年 ヵ月 日			相・直
	年 月 日 ～ 年 月 日	年 ヵ月 日			相・直
	年 月 日 ～ 年 月 日	年 ヵ月 日			相・直
	年 月 日 ～ 年 月 日	年 ヵ月 日			相・直
	年 月 日 ～ 年 月 日	年 ヵ月 日			相・直
相談支援(合計) 年 ヵ月 (内、障害児、児童又は障害者への支援 年 ヵ月)		直接支援(合計) 年 ヵ月 (内、障害児、児童又は障害者への支援 年 ヵ月)			

※1 研修受講にあたっては、実務経験証明書の提出があっ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 この証明書は、受講者を管理者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。

児童発達支援管理責任者(基礎研修)実務経験証明書 【児童発達支援管理責任者用】

記入例

令和 3 年 4 月 30 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

会ふあ社社
く公印会
しん人福

(記入担当者氏名 愛知 花子)

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	フクシ タロウ	生年月日	昭和 60 年 6 月 6 日生
1 氏 名	福祉 太郎		平成

2 受講資格 ※1	児童発達支援管理責任者 研修受講時点で「障害児通所支援又 省告示第230号」及び「障害児通所支 てしていること。 又、障害児通所支援又は障害児入所 なお、上記に規定される実務経験期間	研修受講時点とは、研修受講日の前日（令和3年8月1日）時点です。 ※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。	厚生労働 期間を有し
--------------	--	---	---------------

3 実務経験 ※2	児童発達支援管理責任者に係る実務経験期間の合計 (研修受講令和3年8月1日時点見込) ※実務経験の内訳については、4に記入してください。	相談支援業務	合計	年	ヵ月
		直接支援業務	合計	5 年	4 ヵ月
	[実施要領の別紙1]を参照の上、1～4のいずれかに該当するか○印を記入してください。(複数選択可)				
	○ 1 下記の資格を有する者で、別紙1にある施設において「相談支援業務」又は「直接支援業務」が通算して3年以上である者(該当する資格に○をしてください。)かつ老人福祉施設・医療機関等以外での「相談支援業務」又は「直接支援業務」が1年以上である者				
	社会福祉主事任用資格者(介護福祉士、精神保健福祉士等) 介護職員初任者研修に相当する研修を修了した者 保育士(直接支援業務のみ) 児童指導員任用資格者(直接支援業務のみ)				
	2 下記の国家資格等による業務に5年以上従事している者で、別紙1にある老人福祉施設・医療機関等以外での「相談支援業務」又は「直接支援業務」が通算して1年以上である者(該当する資格に○をしてください。)				
	医師 歯科医師 薬剤師 保健師 助産師 看護師 准看護師 理学療法士 作業療法士 社会福祉士 介護福祉士 視能訓練士 義肢装具士 歯科衛生士 言語視覚士 あん摩マッサージ指圧師 はり師 きゅう師 柔道整復師 栄養士(管理栄養士を含む) 精神保健福祉士				
	3 上記1～2の資格者でない者で、別紙1にある施設において「相談支援業務」に3年以上従事した者かつ老人福祉施設・医療機関等以外での「相談支援業務」に1年以上従事した者				
	4 上記1～2の資格者でない「直接支援業務」に1年以上従事した者	研修受講時点とは、研修受講日の前日(令和3年8月1日)時点です。			機関等以外での

上記3の実務経験期間の合計内訳(※該当資格の実務経験期間)

4 実務経験 期間内訳 (研修受講 令和3年8月1日 時点見込)	業務期間	相談支援 直接支援の別	
	平成28年4月1日 ～平成30年3月31日	2 年 0 月 0 日	○就労継続支援事業所
	平成30年4月1日 ～令和3年8月1日	3 年 4 月 0 日	○放課後等デイサービス
	年 月 日 ～ 年 月 日	年 月 日	
	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証明書は必要ありません。)		
相談支援業務に該当する期間の合計を記入		直接支援業務に該当する期間の合計を記入	
相談支援(合計) 年 月 日 (内、障害児、児童又は障害者への支援 年 月 日)		直接支援(合計) 5 年 4 月 日 (内、障害児、児童又は障害者への支援 5 年 4 月 日)	

※1 研修受講にあたっては、実務経験証明書の提出があっ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 この証明書は、受講者を管理者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。