

サービス管理責任者等研修(実践研修)実務経験書 【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)修了証書記載研修名(該当箇所にし点) | | | | | |
| | <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 | | | | | |
| | サービス管理責任者等研修(基礎研修) 修了年月日 | | 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 | | 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。

| 4 実務経験 期間内訳 (実務経験を満たす日 まで) ※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 | | | 相・直 |
| 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 | | | 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 3 年 10 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 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 1 氏 名 | フクシ ジロウ 福祉 次郎 | 生年月日 | 昭和 2 年 2 月 2 日生 平成 |
| 2 受講履歴 ※1 | サービス管理責任者等研修(基礎研修)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 | 基礎研修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。 | |
| 3 実務経験 ※2 | サービス管理責任者等研修(基礎研修)修了年月日 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 | 令和 2 年 2 月 14 日 | 令和 4 年 2 月 14 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。

| | | | | | |
|-------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------|-------------|-----------------|----------------|
| 4 実務経験 期間内訳 (実務経験を満たす日 まで) ※2 | 業務期間 | 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、 | | | 相談支援 直接支援の別 |
| | 令和 2 年 2 月 15 日 (基礎研修修了日翌日) ~ 令和3年 3 月 31 日 | 1 年 1 月 16 日 | 〇〇就労継続支援事業所 | 生活支援員 | 相 (直) |
| | 令和 3 年 4 月 1 日 ~ 令和4年 2 月 14 日 | 年 10 月 15 日 | グループホーム〇〇 | 共同生活援助 生活支援員 | 相 (直) |
| | 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。) | 資格(介護福祉士等)の証明書等の添付は必要ありません。 | | | 直 |
| | 年 月 日 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。