

サービス管理責任者(基礎研修)実務経験証明書
【サービス管理責任者用】

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

法人印
代表者印

(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	サービス管理責任者 研修受講時点で「指定障害福祉サービスの提供に係るサービス管理を行う者として厚生労働大臣が定めるもの等」(平成18年厚生労働省告示第544号)ーイ(1)(一)及び「指定障害福祉サービスの提供に係るサービス管理を行う者として厚生労働大臣が定めるもの等」(平成18年厚生労働省告示第544号)の一部改正」(平成31年厚生労働省告示第109号)に規定する実務経験期間を有していること。 又、指定障害福祉サービス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	サービス管理責任者に係る実務経験期間の合計 (研修受講令和4年8月21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。)					
	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3年以上従事している者で、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 言語聴覚士 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						
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						

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4年8月21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 従事内容	相談支援 直接支援の別
	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		直接支援(合計) 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。

サービス管理責任者(基礎研修)実務経験証明書 【サービス管理責任者用】

記入例

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

和 4 年 5 月 2 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**)

会ふあ社社
く法人印
代表責印

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。

フリガナ 1 氏 名	フクシ タロウ 福祉 太郎	生年月日	昭和 60 年 6 月 6 日生 平成
2 受講資格 ※1	サービス管理責任者 研修受講時点 で「指定障害福祉サービスの提供に係るサービス管理を行う者として厚生労働大臣が定めるもの等」(平成18年厚生労働省告示第544号)一イ(1)(一)及び「18年厚生労働省告示第544号」の一又、指定障害福祉サービスの提供を 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4年8月21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。		
3 実務経験 ※2	サービス管理責任者に係る実務経験期間の合計 (研修受講令和4年8月21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 月 日 直接支援業務 合計 5 年 4 月 日
	[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。) 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 3年以上従事している者 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 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 言語聴覚士 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 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 3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期間を記入)

4 実務経験 期間内訳 (研修受講 令和4年8月21日 時点見込) ※2	業務期間	相談支援 直接支援の別
	平成29年4月20日 ～平成30年4月20日	就労継続支援B型
	平成30年4月21日 ～令和4年8月21日	生活支援員
	年 月 日 ～ 年 月 日	共同生活援助
	年 月 日 ～ 年 月 日	生活支援員 (介護福祉士)
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。)		実務経験に関連する資格による業務期間がある場合は、分けてご記入ください。 (※その場合は資格名を明記してください。資格の証明書等の添付は必要ありません。)
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		直接支援(合計) 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、受講者を管理責任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。