

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)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		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			相・直
	年 月 日 ~ 年 月 日	年 月 日			相・直
	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 4 年 9 月 14 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 平成 2 年 2 月 2 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 type="checkbox"/> 相談支援従事者初任者(講義部)		
	※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。		
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	平成 3 年 2 月 14 日 令和	
	相談支援従事者初任者(講義部分のみ可)修了年月日	平成 2 年 12 月 14 日 令和	
	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 5 年 2 月 14 日	

上記3の実務経験期間(見込)の合計内

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。

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	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 16 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 直
		令和 4 年 4 月 1 日 ~ 令和 5 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 ~ 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。