**令和６年度 サービス管理責任者等研修【 更新研修 】実務経験証明書**

１　氏名等

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| （ふりがな）氏　名 |  | 昭・平 　　年　　月　　日生（　　　　歳） |
|  |

２　サービス管理責任者、児童発達支援管理責任者、管理者、相談支援専門員としての実務

経験

・**令和元年４月１日から現在までの期間について記載してください。**

・サービス管理責任者（サビ管）、児童発達支援管理責任者（児発管）、管理者、相談支援専門員としての実務経験を記載してください。

・欄が不足する場合は、複写してお使いください。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 従事していた施設等（事業所種別） | 職名該当するものを〇で囲んでください。その他については職名を記載してください。 | 従事期間 |
| （　　　　　　　　　　　　） | サビ管・児発管・管理者その他（　　　　　　） | 年　　ヶ月 |
| （　　　　　　　　　　　　） | サビ管・児発管・管理者その他（　　　　　　） | 年　　ヶ月 |
| （　　　　　　　　　　　　） | サビ管・児発管・管理者その他（　　　　　　） | 年　　ヶ月 |
| （　　　　　　　　　　　　） | サビ管・児発管・管理者その他（　　　　　　） | 年　　ヶ月 |
| （　　　　　　　　　　　　） | サビ管・児発管・管理者その他（　　　　　　） | 年　　ヶ月 |

３　サービス管理責任者（児童発達支援管理責任者）実践研修のいずれかの修了証のみであ

っても、児童発達支援管理責任者（サービス管理責任者）の要件を満たしている場合、修

了証の発行が可能です。希望する場合、入力フォームの修了希望欄の「両方」をチェック

し、下表に実務経験に要件を満たす経験の内容を記載してください。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 実務経験年数**(申込時点)** | 業務内容 | 従事していた勤務先（事業所種別） | 従事期間 |
| 相談支援業務 |  | 年　　　　ヶ月 |
|  | 年　　　　ヶ月 |
|  | 年　　　　ヶ月 |
| 直接支援業務 |  | 年　　　　ヶ月 |
|  | 年　　　　ヶ月 |
|  | 年　　　　ヶ月 |

【注意】

虚偽の申請があった場合、修了証書交付後でも修了を取り消すことがあります。

上記の者の実務経験は、記載したとおりであることを証明します。

　　　　　年　　　月　　　日

法人名

代表者　職・氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　　印