実務経験証明書

様式2

|  |  |
| --- | --- |
| ふ り が な |  |
| 受講者氏名 |  |
| 生 年 月 日 | 昭和・平成　　　　年　　　月　　　日 |

**◎基礎研修の修了証書の種類（以下のいずれか□にチェック）**

※実務経験は、別表2又は3に記載の「相談支援業務」又は「直接支援業務」が該当します。必要に応じてご参照ください。

**□サービス管理責任者　　□児童発達支援管理責任者　□サービス管理責任者と児童発達支援管理責任者の両方**

　↪別紙2を参照　　　　　↪別紙3を参照　　　　　　↪別紙2又は別紙3を参照

**◎基礎研修の修了年月日**

　令和　　　年　　　月　　　日

|  |
| --- |
| **※1実務経験の期間について、令和3年1月23日～令和8年1月22日までの実務を記載してください。見込みでも可。**  留意点  **※2「具体的な業務内容」は、どこで・どんな業務をしていたかを詳細に記載してください。**  **(例1)障害者入所施設で、生活支援員の業務を担当。/(例2)放課後等デイサービスで、児童指導員の業務を行っていた。** |

**実務経験①**

**期間：**令和　　年　　月　　日から令和　　年月　　日(※1)まで　計　　年　ヶ月　　　日

|  |
| --- |
| **従事していた業務（どちらかに〇）：　　　　相談支援業務　　・　　直接支援業務** |
| **具体的な業務内容(**※2)**：** |

〈 証 明 欄 〉

|  |
| --- |
| 上記について、相違ないことを証明する。  年月日  　　所属機関名  　　代表者名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　印 |

**実務経験②**

**期間：**令和　　年　　月　　日から令和　　年月　　日(※1)まで　計　　年　ヶ月　　　日

|  |
| --- |
| **従事していた業務（どちらかに〇）：　　　　相談支援業務　　・　　直接支援業務** |
| **具体的な業務内容(**※2)**：** |

〈 証 明 欄 〉

|  |
| --- |
| 上記について、相違ないことを証明する。  年月日  　　所属機関名  　　代表者名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　印 |