**令和6年度三重県サービス管理責任者・児童発達支援管理責任者更新研修**

別紙3

**実務経験証明書**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 氏名 |  | 生年月日 |  |

※「現任者」「5年以内に2年以上」どちらか一方の記入でかまいません。いずれの実務もある場合、「現任者」の証明を優先して記載してください。

|  |
| --- |
| **□令和6年11月11日時点で以下のいずれかの業務の現任者である。**  **※複数ある場合はすべて記入してください。** |
| □サービス管理責任者  　　（任期：　　　　年　　　月　　　日～　　　　　　年　　　月　　　日見込）  　　□児童発達支援管理責任者  　　（任期：　　　　年　　　月　　　日～　　　　　　年　　　月　　　日見込）  　　□管理者（サビ管・児発管の配置が必要な事業所における管理者）  　　（任期：　　　　年　　　月　　　日～　　　　　　年　　　月　　　日見込）  　　□相談支援専門員  　　（任期：　　　　年　　　月　　　日～　　　　　　年　　　月　　　日見込） |
| 証明欄　　【証明日：　　　　　年　　　　月　　　　日】  法人名（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）  事業所名（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）  代表者名（　　　　　　　　　　　　　　　　　）　　　　　　　　　　　　印 |

|  |
| --- |
| **□直近5年以内（令和元年11月11日～令和6年11月11日）、2年以上、以下の業務をしている。**  **※複数ある場合はすべて記入してください。** |
| □サービス管理責任者  　　（任期：　　　　年　　　月　　　日～　　　　　　年　　　月　　　日）  　　□児童発達支援管理責任者  　　（任期：　　　　年　　　月　　　日～　　　　　　年　　　月　　　日）  　　□管理者（サビ管・児発管の配置が必要な事業所における管理者）  　　（任期：　　　　年　　　月　　　日～　　　　　　年　　　月　　　日）  　　□相談支援専門員  　　（任期：　　　　年　　　月　　　日～　　　　　　年　　　月　　　日） |
| 証明欄　　【証明日：　　　　　年　　　　月　　　　日】  法人名（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）  事業所名（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）  代表者名（　　　　　　　　　　　　　　　　　）　　　　　　　　　　　　印 |