

令和6年度 岐阜県サービス管理責任者等研修(基礎研修) 実務経験証明及び申告書

注意:本内容に虚偽の記載が認められた場合には、受講申込を取り消し、当該事業所の今後の申込を受け付けません。

事業所名 社会福祉法人〇〇会
〇〇

本人氏名 〇〇 〇〇

(サービス管理責任者 児童発達支援管理責任者)の要件となる実務経験について、以下の通り申告します。(本人記載欄)

↑該当する方に必ず、○を付けてください。

該当記号 (別紙3または4より)	実務期間の合計 (令和 6年 6月 30日現在)	国家資格に基づき当該資格にかかる 業務に従事した期間の合計(※該当者のみ) (令和 6年 6月 30日現在)
b-二、d	6 年 3 ヶ月	6 年 3 ヶ月

《内 訳》 (事業所記載欄)

実務期間 (注1)	昭・平・令 27年 4月	所属機関の種別 (注2)	老人居宅介護等事業		
	~	具体的業務の内容	訪問介護及び訪問入浴 (左記期間中、実際に行っていた業務の内容を記入してください)		
	昭・平・令 30年 3月	業務の範囲 (注2)	相談 直接	資格名称 (注3)	訪問介護員(ヘルパー)2級
	(業務日数 680 日) (計 3年 0 ヶ月)	証明欄	別紙3または別紙4の『 b の 二 』に該当する上記について証明する。(注4) 法人名・事業所名 株式会社〇〇 〇〇ケアサービス 代表者の氏名 代表 〇〇 〇〇 住所 ××市〇〇町1-1 TEL 0000-11-2222 ※代表者自署の場合は押印不要 の代表事業 の公印者所		
証明日					
令和 6年 4月 25日					
実務期間 (注1)	昭・平・令 3年 4月	所属機関の種別 (注2)	障害福祉サービス事業		
	~	具体的業務の内容	グループホームにおける、生活支援業務全般 (左記期間中、実際に行っていた業務の内容を記入してください)		
	昭・平・令 6年 6月	業務の範囲 (注2)	相談 直接	資格名称 (注3)	介護福祉士
	(業務日数 760 日) (計 3年 3 ヶ月)	証明欄	別紙3または別紙4の『 d の 』に該当する上記について証明する。(注4) 法人名・事業所名 社会福祉法人〇〇会 〇〇 代表者の氏名 施設長 〇〇 〇〇 住所 ××市〇〇町1-1 TEL 0575-〇〇-△△△△ ※代表者自署の場合は押印不要 の代表事業 の公印者所		
証明日					
令和 6年 5月 1日					

(注1)実務期間は令和6年6月30日現在(見込)のものとして記入してください。

(注2)サービス管理責任者の要件(別紙3)、または児童発達支援管理責任者の要件(別紙4)より記入してください。

(注3)上記証明に資格が伴う場合は、資格を証明できる書類の写しを必ず添付してください。

(注4)別紙3または別紙4を参考に『(a~d又はf)の(漢数字)』に該当するかを記入してください。

※「サービス管理責任者の要件」または「児童発達支援管理責任者の要件」を満たす実務経験のみご記入ください。

なおご記入の内容につきまして、告示の内容と照らし合わせて認められないと判断する場合があります。

※適宜、増し刷りしてご使用ください。

※上記内容に虚偽の記載が認められた場合には、受講申込を取消し、今後の申込を受け付けません。

※本証明書は、研修受講の可否を決定するに当たっての参考資料として提出いただくものです。事業所に配属される際には、別途、実務経験の内容についての審査等が行われますので、あらかじめご了承ください。