

令和6年度 岐阜県サービス管理責任者等研修(実践研修) 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、受講申込を取消し、当該事業所の今後の申込を受付けません。

事業所名 社会福祉法人〇〇会
〇〇
本人氏名 〇〇 〇〇

↓該当研修名に〇をつける。

(本人記載欄)

サービス管理責任者等研修(基礎研修)修了証書記載研修名 サービス管理責任者・児童発達支援管理責任者	
以下の実務経験について、申告します。(該当する数字に〇をつける)	基礎研修受講後の実務期間の合計 (3.の実務経験については、届出後の実務期間の合計) (令和 6年 6月 20日現在)
① 別紙3(サービス管理責任者の要件となる実務経験)に該当する業務	2 年 8 ヶ月
2 別紙4(児童発達支援管理責任者の要件となる実務経験)に該当する業務	
3 2人目のサービス管理責任者として配置されている場合の業務	

《内 訳》 (事業所記載欄)

実務期間(注1)	令和 3年 9月 1日	所属機関の種別	障害者支援施設		
	~	具体的業務の内容	生活支援員(利用者の日常生活の支援)		
	令和 4年 8月 31日	業務の範囲	相談 直接 サビ	資格名称	介護福祉士
	(業務日数 200 日) (計 1年 ヶ月)		『dの』に該当する上記について証明する。(別紙3・4に基づく実務経験の方は記載)		
証明日	令和 6年 4月 20日	法人名・事業所名	社会福祉法人〇〇会	〇〇〇〇	
		代表者の氏名	施設長 〇〇 〇〇	※代表者自署の場合は押印不要	
		住所	××市〇〇町1-1		
		TEL	△△△△-〇〇-△△△△		
実務期間(注1)	令和 4年 9月 1日	所属機関の種別	障害福祉サービス事業		
	~	具体的業務の内容	グループホームの世話人		
	令和 6年 4月 30日	業務の範囲	相談 直接 サビ	資格名称	介護福祉士
	(業務日数 360 日) (計 1年 8 ヶ月)		『dの』に該当する上記について証明する。(別紙3・4に基づく実務経験の方は記載)		
証明日	令和 6年 4月 30日	法人名・事業所名	社会福祉法人〇〇会	〇〇〇〇	
		代表者の氏名	施設長 〇〇 〇〇	※代表者自署の場合は押印不要	
		住所	××市〇〇町1-1		
		TEL	△△△△-〇〇-△△△△		

(注1)実務期間は令和6年6月20日現在(見込)のものとしします。

※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。

※別紙3または別紙4に係る実務経験者は、別紙3または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等研修(基礎研修)修了後、2年以上の本研修の要件に該当する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。

※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。