【様式2】

**実　務　経　験　書**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| ふりがな | 　 | 生年月日 | 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年数 | **2024年9月1日時点で**通算　　　　　 年　　　　　ヶ月 |
| 氏名 | 　 | 昭和平成 | 年　　　　月　　　 日 |

**1．実務経験について**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 勤務期間 | 勤務年数 | 勤務先の事業所について | 在職時の職種 | 業務内容※どちらかに〇をつける |
| 名称 | 種別 |
| 年　　 　月 ～　　　　年　　　 月 |  年　 　ヶ月 |  | 障がい・児童・高齢・その他（　　　　　　　） |  | 相談支援　　　　直接支援 |
| 年　 　　月 ～　　　　年　　 　月 | 年　 　ヶ月 |  | 障がい・児童・高齢・その他（　　　　　　　） |  | 相談支援　　　　直接支援 |
| 年　　 　月 ～　　　　年　　 　月 | 年　 　ヶ月 |  | 障がい・児童・高齢・その他（　　　　　　　） |  | 相談支援　　　　直接支援 |
| 年　 　　月 ～　　　　年　　 　月 | 年　 　 ヶ月 |  | 障がい・児童・高齢・その他（　　　　　　　） |  | 相談支援　　　　直接支援 |
| 年　 　　月 ～　　　　年　　 　月 | 年　 　 ヶ月 |  | 障がい・児童・高齢・その他（　　　　　　　） |  | 相談支援　　　　直接支援 |

**2．資格について**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 資格の種類 | 資格取得日 | 資格の種類 | 資格取得日 |
|  | 社会福祉士 | 年　 　　月 |  | 訪問介護員2級以上（現：介護職員初任者研修）に相当する研修修了者　 | 年　　 　月 |
|  | 精神保健福祉士 | 年　 　　月 |  | 社会福祉主事任用資格者 | 年　　 　月 |
|  | 介護福祉士 | 年　　 　月 |  | 児童指導員任用資格者 | 年　　 　月 |
|  | 看護師 | 年　 　　月 |  | その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | 年　　 　月 |
|  | 准看護師 | 年　　 　月 |  | その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | 年　　 　月 |
|  | 保育士 | 年　　　 月 |  | その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | 年　　　 月 |