

2021年度サービス管理責任者等研修（実践） 実務経験書

公益社団法人 大分県社会福祉士会
会長 白田 晃久 殿

注意：本内容に虚偽の記載が認められた場合には、受講申込みを取り消し、当該事業所の今後の申込み受付をお断りすることがあります。

法人住所

法人名

代表者氏名

印

電話番号

下記の者の、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、以下のとおりであることを証明します。

氏 名	(生年月日) 年 月 日
現 住 所	
施設又は事業所名	施設・事業所の種別 () 注1
業 務 期 間	年 月 日 ~ 年 月 日 注2 (年 か月)
業 務 内 容 注3	職名 () サービス管理責任者等業務についての実地教育（OJT）の実施 (有・無) 注4

- (注) 1. 施設又は事業所名欄には、生活介護等の事業種別も記入すること。
2. 業務期間欄は、受講申込者が「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」を満たす実務経験期間のみを記入すること。（産休・育休・療養休暇や長期研修期間等は業務期間となりません）
なお、実務経験期間は、基礎研修修了者となった日以後、実践研修受講前5年間のもので、実践研修受講開始日までの見込みを含むものとする。また、通算で5年間で複数の事業所を集積される場合は、当該事業所より個別の経験書をそれぞれご提出下さい。
3. 業務内容欄は、看護師、生活支援員等の職名を記入し、受講申込者の本来業務について、生活介護事業における相談支援の業務又は直接支援業務を具体的に記入すること。
OJTの実施の有無いずれかを丸で囲むこと。なお、OJTの実務経験は2年以上の実地教育が必要となります。通算で2年間で複数の事業所を集積される場合は、当該事業所より個別の経験書をそれぞれご提出下さい。
4. 証明内容を訂正した場合は、証明権者の職印を押印すること。なお、修正液による訂正は認められません。

※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。
事業所に配置される際には、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、ご了承願います。