

令和7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、受講申込を取消し、今後の申込を受付けません。

1 本人記載欄

ふりがな 氏 名	ふくし はなこ	生年月日	昭和 62 年 8 月 15 日	
	福祉 花子		平成	
研修の別	以下の要件となる実務経験について申告します。(該当箇所にレ点) <input checked="" type="checkbox"/> サービス管理責任者 <input checked="" type="checkbox"/> 児童発達支援管理責任者			
実務経験期間 (令和7年6月25日時点見込)	相談支援業務合計	3 年 6 ヶ月 (882 日)	相談支援業務と 直接支援業務の合計	8 年 9 ヶ月 (2164 日)
	直接支援業務合計	5 年 3 ヶ月 (1282 日)		
		上記の合計期間のうち 国家資格にかかる 業務に従事した期間	5 年 3 ヶ月 (1282 日)	(児童発達支援管理責任者受講希望者のみ) 上記の合計期間のうち老人福祉施設等で 従事した期間を除いた期間の合計

2 事業所記載欄

実務期間 (注1)	平 令 28 年 10 月 1 日 ～ 平 令 2 年 3 月 31 日 (業務日数 882 日) (計 3 年 6 ヶ月)	所属事業所名	社会福祉法人 △△会 ×××									
		事業所番号 (無い場合は記載不要)	2	1	○	○	○	○	○	○	○	○
		事業種別 (注2)	老人福祉施設 (居宅介護支援事業所)				具体的 業務内容		居宅介護支援事業所にお ける相談業務、ケアプラン の作成			
		相談支援 直接支援の別	相談 ・ 直接				資格名称 (注3)					
	証明日	令和 7 年 4 月 20 日	証明欄	別紙3または別紙4の『 (a) の (三) 』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 △△会 ××× 住所 □□市○○町△-○ TEL ○○○○-○○-○○○○ 代表者の氏名 施設長 ×× ××								
実務期間 (注1)	平 令 2 年 4 月 1 日 ～ 平 令 7 年 6 月 25 日 (業務日数 1282 日) (計 5 年 3 ヶ月)	所属事業所名	社会福祉法人 △△会 ○○ホーム									
		事業所番号 (無い場合は記載不要)	2	1	□	□	□	□	□	□	□	□
		事業種別 (注2)	共同生活援助				具体的 業務内容		障害者グループホームに おける生活支援			
		相談支援 直接支援の別	相談 ・ 直接				資格名称 (注3)		介護福祉士			
	証明日	令和 7 年 4 月 30 日	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 △△会 ○○ホーム 住所 △△市××町□-△ TEL △△△△-△△-△△△△ 代表者の氏名 施設長 □□ □□								

(注1)実務期間は令和7年6月25日時点(見込)のものとしします。

(注2)事業種別は、相談支援、生活介護、共同生活援助、就労継続支援A型、就労継続支援B型、障害児通所支援、放課後等デイサービス等または別紙3または別紙4を参考に記入してください。

(注3)資格による業務期間の場合は資格名称を記入し、資格を証明できる書類の写しを添付してください。

(注4)別紙3または別紙4をご確認の上、『(①)の(②)』について、(①)はサービス管理責任者の場合はa～c又はdを、児童発達支援管理責任者の場合はa～e又はfを記入してください。(②)は漢数字を記入してください。なお、①がd又はfの場合は②の記入は不要で、

※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。