

令和7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、今後の申込を受付けません。

1 本人記載欄

フリガナ 氏 名	ふくし はなこ 福祉 花子	生年月日	昭和 62 年 8 月 15 日 平成
受講履歴	サービス管理責任者等基礎研修修了証書記載研修名(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		
	サービス管理責任者等研修(基礎研修)修了年月日	令和 6 年 9 月 26 日	
実務期間の合計 (令和8年2月9日現在)	<input type="checkbox"/> ①基礎研修修了後、相談支援業務又は直接支援業務に従事した実務期間の合計(2年以上)	年 ヶ月 (日)	
※該当する方にレ点	<input checked="" type="checkbox"/> ②基礎研修受講時に実務経験を満たしており、基礎研修修了後、指定権者に届出し、個別支援計画(原案)作成業務に従事した期間の合計(6ヶ月以上)	1 年 0 ヶ月 (240 日)	

2 事業所記載欄 ※基礎研修修了日翌日以降の実務経験のみ記入してください。

実務期間 (注1)	令和 7 年 2 月 1 日	所属事業所名	社会福祉法人 △△会 ××ハウス							
	～	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			業務の範囲		相談支援・直接支援・サビ児管		
	令和 8 年 2 月 9 日	職 名	サビ管(OJT配置)		具体的 業務内容		グループホームのサービス管理責任者(OJT配置)として個別支援計画(原案)の作成、生活支援			
	(業務日数 240 日) (計 1 年 0 ヶ月)	証明欄	法人名・事業所名 社会福祉法人 △△会 ××ハウス 住所 □□市○○町△-○ TEL ○○○○-○○-○○○○ 代表者の氏名 代表 ×× ××							
証明日		令和 8 年 11 月 25 日						の代表事業所 公印		
実務期間 (注1)	令和 年 月 日	所属事業所名								
	～	事業所番号 (無い場合は記載不要)								
	～	事業種別 (注2)				業務の範囲		相談支援・直接支援・サビ児管		
	令和 年 月 日	職 名			具体的 業務内容					
	(業務日数 日) (計 年 ヶ月)	証明欄	法人名・事業所名 住所 TEL 代表者の氏名							
証明日		令和 年 月 日						※代表者自署の場合は押印不要 公印		

(注1)実務期間は令和8年2月9日現在(見込)のものとしします。
(注2)事業種別は、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を記入してください。
※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指定権者による審査等が行われますので、あらかじめご了承ください。