

実務経験証明書（静岡県サービス管理責任者等更新研修申込用参考様式）

〈更新研修 2 回目用〉

令和 5 年 8 月 30 日

静岡

記入例①  
現在サービス管理責任者  
等に従事している場合

証明書

所在地	〒123-4567 静岡県静岡市葵区〇〇町 1 2 3 - 4		
名称	社会福祉法人 静岡会		
代表者職氏名	静岡 太郎	印	
電話番号	054-〇〇〇-〇〇〇〇		

下記の者の実務経験は、以下のとおりであることを証明します。

1 受講者について

(ふりがな)	しずおか はなこ	(生年月日 昭和50年 4月 3日)
受講者氏名	静岡 花子	

2 実務経験について

下記の①または②のどちらか該当する方を証明ください。  
実務経験の職種については、ア サービス管理責任者、イ 児童発達支援管理責任者、ウ 相談支援専門員、エ 管理者とします。

① 現在サービス管理責任者等として従事している

現在の事業所での就任期間	ア	イ	ウ	エ
平成22年 4 月 1 日 ~	○			

② 1 回目の更新研修修了後、本研修受講開始日前までの 5 年以内に 2 年以上のサービス管理責任者等の実務経験がある

施設又は事業所名	障害福祉サービス等の種別	期間	ア	イ	ウ	エ
		年 月 日 ~ 年 月 日 (年 月間)				
①を記入した場合は②の記入は不要						
		年 月 日 ~ 年 月 日 (年 月間)				
実務経験が複数事業所での通算で満たす場合、通算期間	年 月間 (事業所)					

注1 複数法人での経歴を証明する場合は、証明する法人ごとに様式を作成し、受講申込み法人がとりまとめて提出すること。  
なお、1 法人で 4 回以上の異動がある等により欄が不足する場合は、2 枚に渡って記載すること。

注2 証明内容を訂正した場合は、証明権者の職印を押印してください。なお、修正液等による訂正は認められません。

以下は受講者本人もしくは所属法人が記載してください。

1 回目更新研修受講年	21 年度
1 回目更新研修受講都道府県	静岡県
現在の所属法人	社会福祉法人 静岡会
所属事業所名等	するが作業所
事業種別	生活介護
事業所住所	静岡県静岡市清水区△△町 5 6 7 - 8