

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 年 月 日

静岡県障害者政策課長 様

証明者

所在地 〒 -	
名 称	
代表者職氏名	印
電話番号	

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)	(生年月日 年 月 日)
受講者氏名	

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
年 月 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)				
		年 月 日 ~ 年 月 日 (年 月間)				
		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	年度	
1回目更新研修受講都道府県		
現在の所属法人		
所属事業所名等		
事業種別		
事業所住所		