

サービス管理責任者等研修(実践研修)実務経験証明書【B】
【 サービス管理責任者/児童発達支援管理責任者用 】

この証明書は、受講者をサビ児管として配置予定の法人・事業所が、これまでの実務経験を確認したうえで作成してください。
(この証明書は、研修受講資格確認のためのものであり、事業者指定要件を証明するものではありません)

令和 年 月 日

社会福祉法人愛知県社会福祉協議会 会長 様

[証明者]

法人・施設又は
事業所名

同 所在地

電話番号

FAX番号

代表者職・氏名

公印

(記入担当者氏名)

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。

フリガナ		生年月日	昭和	年	月	日生
1 氏 名			平成			
2 受講履歴	修了証(平成30年度以前に発行のもの)に記載の研修名(該当箇所にレ点)					
	<input type="checkbox"/> サービス管理責任者					
	<input type="checkbox"/> 児童発達支援管理責任者					
<input type="checkbox"/> 相談支援従事者初任者						
	サービス管理責任者等研修 修了年月日		平成	年	月	日
	相談支援従事者初任者(講義部分のみ可) 修了年月日		平成	年	月	日

※ 実践研修受講にあたっては、以前に修了されたサービス管理責任者、児童発達支援管理責任者、またはその両方の修了証書が発行されます。
※ 過去の所属事業所の実務経験証明書の提出は必要ありません。

サービス管理責任者等研修(実践研修)実務経験証明書【B】
【サービス管理責任者/児童発達支援管理責任者用】

記入例

この経験書は、受講者をサービス管理責任者等として配置予定の法人・事業所が作成してください。

令和 年 月 日

社会福祉法人愛知県社会福祉協議会 会長 様

[証明者]

法人・施設又は事業所名 **社会福祉法人あいちふくし会**

同 所在地 **名古屋市東区白壁1番地50**

電話番号 **052-212-5516**

FAX番号 **052-212-5518**

代表者職・氏名 **会長 愛知 福祉**



(記入担当者氏名)

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。

フリガナ 1 氏 名	フクシ ジロウ	生年月日	昭和	2	年	2	月	2	日生
	福祉 次郎		平成						
2 受講履歴	修了証(平成30年度以前に発行のもの)に記載の研修名(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 <input checked="" type="checkbox"/> 相談支援従事者初任者								
	※注 ご自身の修了証書をご確認ください。2枚(サービス管理責任者1枚、児童発達支援管理責任者1枚)発行された方は両方チェックしてください。								
	サービス管理責任者等研修 修了年月日		平成	30	年	12	月	14	日
	相談支援従事者初任者(講義部分のみ可) 修了年月日		平成	30	年	10	月	21	日

※ 実践研修受講にあたっては、以前に修了されたサービス管理責任者、児童発達支援管理責任者、またはその両方の修了証書が発行されます。
 ※ 過去の所属事業所の実務経験証明書の提出は必要ありません。