

**サービス管理責任者(基礎研修)実務経験証明書**  
**【 サービス管理責任者用 】※修了証書にはサービス管理責任者研修と記載されます。**

この証明書は、受講者をサビ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)

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

法人印  
代表者印

(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 平成	年	月	日生
1 氏 名						
2 受講資格 ※1	<p><b>サービス管理責任者</b>                  障害福祉サービス事業所等(開設予定を含む)において、サービス管理責任者又は児童発達支援管理責任者として配置予定の者又は配置されている者で、サービス管理責任者又は児童発達支援管理責任者として必要な実務経験を満たす者及び満たすまでの期間が2年以上の者。その他、国サビ管要綱に定める者。</p>					
3 実務経験 ※2	<p>[実施要領の別紙1]を参照の上、1～4のいずれかに該当するか○印を記入してください。(複数選択可)</p> <p>1 下記の資格を有する者で、別紙1にある施設において「相談支援業務」又は「直接支援業務」が通算して<b>3年以上である者</b>(該当する資格に○をしてください。)</p> <p style="text-align: center;">社会福祉主事任用資格者(介護福祉士、精神保健福祉士等) 介護職員初任者研修に相当する研修を修了した者                  保育士 児童指導員任用資格者 精神障害者社会復帰施設指導員任用資格者</p> <p>2 下記の国家資格等による業務に<b>1年以上従事している者</b>で、別紙1にある施設において「相談支援業務」又は「直接支援業務」が通算して<b>1年以上である者</b>(該当する資格に○をしてください。)</p> <p style="text-align: center;">医師 歯科医師 薬剤師 保健師 助産師 看護師 准看護師 理学療法士 作業療法士 社会福祉士                  介護福祉士 視能訓練士 義肢装具士 歯科衛生士 言語聴覚士 あん摩マッサージ指圧師 はり師 きゅう師                  柔道整復師 栄養士(管理栄養士を含む) 精神保健福祉士 公認心理師</p> <p>3 上記1～2の資格者でない者で、別紙1にある施設において「相談支援業務」に<b>3年以上従事した者</b></p> <p>4 上記1～2の資格者でない者で、別紙1にある施設において「直接支援業務」に<b>6年以上従事した者</b></p>					

上記3の実務経験期間の合計内訳(※該当資格の実務経験がある場合は分けて記入のこと)

4 実務経験 期間内訳 (研修受講 2025年6月15日 時点見込) ※2	業務期間	合計年月	所属・事業所名	事業種別※3 従事内容・職名(資格)	相談支援 直接支援の別
	年 月 日 ~ 年 月 日	年 月 日 ~ 年 月 日	年 月		
年 月 日 ~ 年 月 日	年 月 日 ~ 年 月 日	年 月			相・直
年 月 日 ~ 年 月 日	年 月 日 ~ 年 月 日	年 月			相・直
年 月 日 ~ 年 月 日	年 月 日 ~ 年 月 日	年 月			相・直
相談支援(合計)		年 月	直接支援(合計)		年 月

※1 研修受講にあたっては、実務経験証明書の提出があっ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。  
 ※2 実務経験に該当するか否か等の確認は、事業所を所管する指定権者(実施要領の別紙2)に確認してください。  
 なお、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。  
 ※3 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ご記入ください。

サービス管理責任者(基礎研修)実務経験証明書  
【サービス管理責任者用】※修了証書にはサービス管理責任者研修と記載

記入例

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

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、事業所指定要件を証明するものではありません)

2025年 4月 15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 太郎

必ず押印してください。



(記入担当者氏名 愛知 花子)

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	サビジ カンタロウ	生年月日	昭和 60 年 6 月 6 日生
1 氏名	錆時 菅太郎	平成	

2 受講資格 ※1	<p><b>サービス管理責任者</b> 障害福祉サービス事業所等(開設予定を含む)において、サービス管理責任者又は児童発達支援管理責任者として配置予定の者又は配置されている者で、サービス管理責任者又は児童発達支援管理責任者として必要な実務経験を満たす者及び満たすまでの期間が2年以上の者。その他、国サビ管要綱に定める者。</p>
-----------	--

3 実務経験 ※2	[実施要領の別紙1]を参照の上、1~4のいずれかに該当するか○印を記入してください。(複数選択可)	
	○	1 下記の資格を有する者で、別紙1にある施設において「相談支援業務」又は「直接支援業務」が通算して <b>3年以上である者</b> (該当する資格に○をしてください。 社会福祉主事任用資格者(介護福祉士、精神保健福祉士等) 介護職員初任者研修に相当する研修を修了した者 保育士 児童指導員任用資格者 精神障害者社会復帰施設指導員任用資格者
	○	2 下記の国家資格等による業務に <b>1年以上従事している者</b> で、別紙1にある施設において「相談支援業務」又は「直接支援業務」が通算して <b>1年以上である者</b> (該当する資格に○をしてください。 医師 歯科医師 薬剤師 保健師 助産師 看護師 准看護師 理学療法士 作業療法士 社会福祉士 介護福祉士 視能訓練士 義肢装具士 歯科衛生士 言語聴覚士 あん摩マッサージ指圧師 はり師 きゅう師 柔道整復師 栄養士(管理栄養士を含む) 精神保健福祉士 公認心理師
		3 上記1~2の資格者でない者 4 上記1~2の資格者でない者

研修受講時点とは、受講開始日の前日(2025年6月15日)時点です。  
※通算した実務経験期間については、30日を1カ月として計算し、1カ月未満の端数は、切り捨ててください。

上記3の実務経験期間の合計内訳(※該当資格の実務経験期間)

4 実務経験期間内訳 (研修受講2025年6月15日時点見込) ※2	業務期間	合計	所属・事業所名	事業種別 ※3 従事内容・職名(資格)	相談支援 直接支援の別
	2018年4月1日 ~2020年3月31日	2年 0 月	〇〇就労継続支援事業所	就労継続支援B型 生活支援員	相 直
2020年4月1日 ~2022年3月31日	2年 0 月	グループホーム〇〇	共同生活援助 生活支援員	相 直	
2022年4月1日 ~2025年6月15日	3年 2 月	グループホーム〇〇	共同生活援助 生活支援員 (介護福祉士)	相 直	
年月日	年 月 日	年 月 日			
相談支援(合計)		年 月 日			

過去に所属していた事業所の実務経験については、現事業所にて実務の内容を十分に確認された上でご記入ください。  
(※前事業所が記入発行した実務経験証明書は必要ありません。)

実務経験に関連する資格による業務期間がある場合は、分けてご記入ください。  
(※その場合は資格名を明記してください。資格の証明書等の添付は必要ありません。)

相談支援業務に該当する期間の合計を記入

直接支援業務に該当する期間の合計を記入

※1 研修受講にあたっては、事業所指定要件を証明するものとして、児童発達支援管理責任者研修修了証書が発行されます。

※2 実務経験に該当するか否か等の確認は、事業所を所管する指定権者(実施要領の別紙2)に確認してください。

なお、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。

※3 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ご記入ください。