

サービス管理責任者等研修(更新研修)実務経験証明書
【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)

社会福祉法人愛知県社会福祉協議会 会長 様

令和 年 月 日

[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 年 月 日生 平成
1 氏 名			

2 受講履歴 ※添付の修了証に☑	サービス管理責任者及び児童発達支援管理責任者研修(更新研修)修了証書記載研修名(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
	サービス管理責任者及び児童発達支援管理責任者研修(実践研修)修了証書記載研修名(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

3 従事内容	(令和7年9月12日(金)時点において)サービス管理責任者、児童発達支援管理責任者、管理者又は相談支援専門員として従事していますか(該当箇所にレ点) <input type="checkbox"/> はい →記入箇所は以上です。 <input type="checkbox"/> いいえ →4 実務経験期間内訳 をご記入ください。
--------	---

4 実務経験 期間内訳 (研修受講 2025年9月11日 時点見込み) ※1	サービス管理責任者、児童発達支援管理責任者、管理者又は相談支援専門員としての実務経験 ※前回終了した更新研修または実践研修の修了日翌日から2年以上の実務経験のみ記入してください。			
	業務期間	合計年月	所属・事業所名	事業種別※2
				従事内容
	年 月 日 ~ 年 月 日	年 月 月		
	年 月 日 ~ 年 月 日	年 月 月		
	年 月 日 ~ 年 月 日	年 月 月		
	年 月 日 ~ 年 月 日	年 月 月		
業務期間の合計	年 月 月	※通算して2年以上の実務経験が必要です。		

※1 実務経験に該当するか否か等の確認は、事業所を所管する県(又は指定都市・中核市)の事業指定担当課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。

※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ご記入ください。

サービス管理責任者等研修(更新研修)実務経験証明書
【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

はあり

令和 年 月 日

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

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	フクシ タロウ	生年月日	昭和 60 年 6 月 6 日生 平成
1 氏 名	福祉 太郎		

2 受講履歴 ※添付の修了証に☑	サービス管理責任者及び児童発達支援管理責任者研修(更新研修)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及び児童発達支援管理責任者研修(実践研修)修了証書記載研修名(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

3 従事内容	<p>令和7年9月12日時点の見込です。 サービス管理責任者、児童発達支援管理責任者、管理者又は相談支援専門員として従事していますか(該当箇所)</p> <p><input type="checkbox"/> はい →記入箇所は以上です。 <input checked="" type="checkbox"/> いいえ →4 実務経験期間内訳 をご記入ください。</p>
--------	--

4 実務経験期間内訳 (研修受講 2025年9月11日 時点見込み) ※1	サービス管理責任者、児童発達支援管理責任者、管理者又は相談支援専門員又としての実務経験 ※前回終了した更新研修または実践研修の修了日翌日から2年以上の実務経験のみ記入してください。			
	業務期間	合計年月	所属・事業所名	事業種別※2
	令和2年12月26日 ～令和3年12月25日	1年0ヶ月	名古屋社会福祉会 生活介護「名社」	生活介護 サービス管理責任者
	令和3年12月26日 ～令和4年12月25日	1年0ヶ月	愛知社会福祉会 ワークス愛社	就労継続支援B型 管理者
	年 月 日	年 月 日		
<p>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。 (※前事業所の実務経験証明書は必要ありません。)</p>				
年 月 日	年 月 日	年 月 日		
業務期間の合計	2年0ヶ月	※通算して2年以上の実務経験が必要です。		

※1実務経験に該当するか否か等の確認は、事業所を所管する県(又は指定都市・中核市)の事業指定担当課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。

※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ご記入ください。