

サービス管理責任者等研修(実践研修)実務経験証明書【A】  
【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 平成	
1 氏 名				
2 受講履歴 ※1	添付の修了証に記載の研修名(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(講義部分のみ可)			
4 実務経験 期間内訳 (研修受講 2025年11月9日 時点見込み) ※2	実務経験期間(見込)の合計内訳 ※基礎研修の修了日翌日以降の実務経験のみ記入してください。 ※実務経験が6か月で受講可能な方は、指定権者への届け出後以降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※3 従事内容
	年 月 日 (基礎研修修了日翌日) ～ 年 月 日	年 月		相談支援 直接支援の別
				相・直
	年 月 日 ～ 年 月 日	年 月		相・直
	年 月 日 ～ 年 月 日	年 月		相・直
業務期間の合計	年 月	※サービス管理責任者等研修(基礎研修)終了後から2025年11月9日まで に通算して2年以上の実務経験が必要です。 ※別紙4の要件を満たす場合、指定権者への届け出から2025年11月9日ま でに6か月以上の実務経験が必要です。		

※1 実践研修受講にあたっては、基礎研修で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。  
 ※2 この経験証明書は、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、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)。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)の事業者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。  
 ※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をご記入ください。

サービス管理責任者等研修(実践研修)実務経験証明書【A】  
【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。(この証明書は、受講者自身で作成してはなりません)

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 **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**

社会福祉法人  
あいちふくし会  
の  
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	フクシ ジロウ		生年月日	昭和 2年 2月 2日生 平成
1 氏 名	福祉 次郎			
2 受講履歴 ※1	添付の修了証に記載の研修名(該当箇所にし点) <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(講義部分のみ可) ※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。			
4 実務経験期間内訳 (研修受講 2025年11月9日 時点見込み) ※2	実務経験期間(見込)の合計内訳 ※基礎研修の修了日翌日以降の実務経験の ※実務経験が6か月で受講可能な方は、指定		業務期間は、実務経験を満たす日までをご記入ください。 ※通算した実務経験期間については、30日を1か月として計算し、1か月未満の端数は、切り捨ててください。	
	業務期間	合計年	従事内容	相・直
	令和4年1月15日 (基礎研修修了日翌日) ～ 令和5年3月31日	1年2ヶ月	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
	令和5年4月1日 ～ 令和6年2月14日	年10ヶ月	グループホーム〇〇 共同生活援助 生活支援員	相・直
	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書は必要ありません。)		資格(介護福祉士等)の証明書等の添付は必要ありません。	
年 月 日 ～ 年 月 日	年 月 日			相・直
業務期間の合計	2年0ヶ月	※サービス管理責任者等研修(基礎研修)終了後から2025年11月9日までに通算して2年以上の実務経験が必要です。 ※別紙4の要件を満たす場合、指定権者への届け出から2025年11月9日までに6か月以上の実務経験が必要です。		

※1 実践研修受講にあたっては、基礎研修で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。  
 ※2 この経験証明書は、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、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)。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。  
 ※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をご記入ください。