

令和6年度 岐阜県サービス管理責任者等研修(更新研修) 実務経験証明及び申告書

注意:本内容に虚偽の記載が認められた場合には、受講申込を取消し、当該事業所の今後の申込を受付けません。

1 本人記載欄

フリガナ 氏名		生年月日	昭和 平成 年 月 日
受講履歴	サービス管理責任者等実践研修(実践研修対象でない場合は初回の更新研修)修了証書記載研修名(該当箇所にシ点) <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等実践研修(又は初回の更新研修)修了日	令和 年 月 日	
実務経験	令和元年度以降に修了した実践研修(実践研修対象でない場合は更新研修)後、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た実務期間の合計(2年以上)		年 月
	(令和6年12月2日時点において)事業所において、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る場合又は従事予定の場合は右欄にシ点を記入してください。	<input type="checkbox"/>	

2 事業所記載欄 ※実践研修(更新研修)修了日翌日以降の実務経験のみ記入してください。

実務期間 (注1)	昭・平・令 年 月	所属事業所名	
	~	指定事業所番号	
	昭・平・令 年 月	事業種別 (注2)	
	(業務日数 日) (計 年 ヶ月)	従事内容	サビ児管 ・ 管理者 ・ 相談支援専門員
証明日	令和 年 月 日	法人名・事業所名 住所 TEL 代表者の氏名	※代表者自署の場合は押印不要 公印
実務期間 (注1)	昭・平・令 年 月	所属事業所名	
	~	指定事業所番号	
	昭・平・令 年 月	事業種別 (注2)	
	(業務日数 日) (計 年 ヶ月)	従事内容	サビ児管 ・ 管理者 ・ 相談支援専門員
証明日	令和 年 月 日	法人名・事業所名 住所 TEL 代表者の氏名	※代表者自署の場合は押印不要 公印

(注1)実務期間は令和6年12月2日現在(見込)のものとしてします。

(注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記入してください。

※上記内容に虚偽の記載が認められた場合には、受講申込を取消し、今後の申込を受付けません。

※本証明書は、研修受講の可否を決定するに当たっての参考資料として提出いただくものです。事業所に配属される際には、別途、実務経験の内容についての審査等が行われますので、あらかじめご了承ください。