**様式３**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 氏名 |  | （　　　年　　月　　日生） |
| 法人名 |  |
| 事業所名 |  |
| 事業所所在地 | 〒 |
| 従事開始日 | 令和 | 　年　　月　　日 |  |
| 従事内容 | 職種 | □　サービス管理責任者　　□　相談支援専門員　□　児童発達支援管理責任者　　□　管理者 |
| 施設・事業所の種別（サービス種別） |  |

　　　　　　**従事証明書**　（令和５年度）

上記の者が、上記職種として従事を開始した日から研修を修了する日まで、引き続き当該職種として従事することを証明します。

令和　　　年　　　月　　　日

（施設又は事業所の所在地及び名称）

（代表者氏名）　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　印

（連絡先）（　　　　　）　　　　　　－