

(令和6年度～)

【様式1】(記載例1)

実務経験証明書

障害福祉サービス(者)
での実務経験の場合

令和8年4月15日

(施設又は事業所の所在地及び名称)

高知県高知市丸ノ内1丁目2番20号

社会福祉法人高知家

(代表者氏名) 理事長 土佐 太郎

法人印を押してください

印

電話(088)823-9635

受講者氏名

山田 花子

(昭和60年1月1日生)

上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。

施設又は事業所名	多機能型事業所こうち	
施設又は事業所名の所在地	〒780-8570 高知市丸ノ内1丁目2番20号	
業務期間 ※1	(見込期間なし・見込期間あり) (いずれかに○) ※2	
	令和 2年 4月 1日～ 令和 7年 3月 31日	勤務期間 5年 か月
	※上記の期間中、実際に業務に従事した日数 (1095日間)	
業務内容	従事した職種	生活支援員
	業務内容 ※3	相談業務・直接支援業務 (いずれかに○)
	業務内容(具体的に記載) ※4	障害者に対する排せつ、食事介護等の日常生活上の支援
	施設・事業所の種別	生活介護・就労継続支援B型(多機能型)

(記入上の注意事項)

※1 実務経験及び日数換算について

- ・「1年以上の実務経験」とは、「業務に従事した」期間が1年以上であり、かつ、実際に従事した日数が1年あたり180日以上あることをいう。
- ・「業務に従事した」とは、業務期間内において実際に業務に従事したこと(休日、休暇、病気等で従事しなかった日を除く。)をいう。

※2 見込期間なし・見込み期間ありについて

- (1) 申込み時点において実務要件を満たす者 ⇒ 見込期間なし
- (2) 申込み時点において実務要件を満たさないが研修開始日前までに必要な実務経験日数を満たす見込みがある者 ⇒ 見込期間あり
- ・見込み期間ありに○をつけた場合は、受講する研修の開始日前までの期間で記載してください。

※3 業務内容(相談業務・直接支援業務)について

- ・該当するものに○をつけてください。サービス管理責任者や児童発達支援管理責任者としてみなしで配置されている場合は、「直接支援業務」に○をつけてください。

※4 業務内容(具体的に記述)について

- ・障害福祉サービス以外の施設・事業所等での業務については、支援の対象者(障害児等)を明記したうえで具体的に記載してください。

コメント 4 520902

・申込み時点において実務要件を満たす者 ⇒ 見込期間なし
・申込み時点において実務要件を満たさないが研修開始日前までに必要な実務経験日数を満たす見込みがある者 ⇒ 見込期間あり

コメント 3 520902

1年で換算した際に180日以上勤務が必要
記載例は $1095 \div 5 = 219$ なので要件を満たす

コメント 2 520902

・日常的な利用者からの相談に対応している場合でも、職種が生活支援員や職業指導員などであれば、直接支援に○を付けてください。
・相談業務に○を付けるのは、相談支援事業所の相談支援員などを想定しています。

コメント 1 520902

(記載不足例)

・「支援」などの単語のみの記載
・事務のみに従事し、障害者に対する直接支援業務に携わっていないと捉えられる内容

(令和6年度～)

【様式1】(記載例2)

実務経験証明書

相談支援事業所での実務
経験の場合

令和8年4月15日

(施設又は事業所の所在地及び名称)

高知県高知市丸ノ内1丁目2番20号

社会福祉法人高知家

(代表者氏名) 理事長 土佐 太郎

法人印を押してください

印

電話(088)823-9635

受講者氏名	山田 花子	(昭和60年1月1日生)
-------	-------	--------------

上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。

施設又は事業所名	こうち相談支援事業所		
施設又は事業所名の 所 在 地	〒780－8570 高知市丸ノ内1丁目2番20号		
業 務 期 間 ※1	見込期間なし・見込期間あり（いずれかに○） ※2		
	令和 2年 4月 1日～ 令和 7年 3月 31日		勤務期間 5年 か月
	※上記の期間中、実際に業務に従事した日数 （1095日間）		
業 務 内 容	従事した職種	相談支援専門員	
	業務内容 ※3	相談業務・直接支援業務（いずれかに○）	
	業務内容(具体的に記載)※4	障害者に対する相談支援及びサービス等利用計画の作成	
	施設・事業所の種別	特定相談支援	

(記入上の注意事項)

※1 実務経験及び日数換算について

- ・「1年以上の実務経験」とは、「業務に従事した」期間が1年以上であり、かつ、実際に従事した日数が1年あたり180日以上あることをいう。
- ・「業務に従事した」とは、業務期間内において実際に業務に従事したこと(休日、休暇、病気等で従事しなかった日を除く。)をいう。

※2 見込期間なし・見込期間ありについて

- (1) 申込み時点において実務要件を満たす者 ⇒ 見込期間なし
- (2) 申込み時点において実務要件を満たさないが研修開始日前までに必要な実務経験日数を満たす見込みがある者 ⇒ 見込期間あり

・見込期間ありに○をつけた場合は、受講する研修の開始日前までの期間で記載してください。

※3 業務内容(相談業務・直接支援業務)について

- ・該当するものに○をつけてください。サービス管理責任者や児童発達支援管理責任者としてみなしで配置されている場合は、「直接支援業務」に○をつけてください。

※4 業務内容(具体的に記述)について

- ・障害福祉サービス以外の施設・事業所等での業務については、支援の対象者(障害児者等)を明記したうえで具体的に記載してください。

コメント 6 520902

・申込み時点において実務要件を満たす者 ⇒
見込期間なし
・申込み時点において実務要件を満たさないが
研修開始日前までに必要な実務経験日数を満
たす見込みがある者 ⇒ 見込期間あり

コメント 5 520902

1年で換算した際に180日以上勤務が必要
記載例は $1095 \div 5 = 219$ なので要件を満たす

(令和6年度～)

【様式1】(記載例3)

実務経験証明書

障害福祉サービス（児）
での実務経験の場合

令和8年4月15日

(施設又は事業所の所在地及び名称)

高知県高知市丸ノ内1丁目2番20号

社会福祉法人高知家

(代表者氏名) 理事長 土佐 太郎

法人印を押してください

印

電話(088)823-9635

受講者氏名

山田 花子

(昭和60年1月1日生)

上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。

施設又は事業所名	放課後等デイサービスこうち		
施設又は事業所名の所在地	〒780－8570 高知市丸ノ内1丁目2番20号		
業 務 期 間 ※1	見込期間なし・見込期間あり（いずれかに○） ※2		
	令和 2年 4月 1日～ 令和 7年 12月 31日		勤務期間 5年 8か月
	※上記の期間中、実際に業務に従事した日数 （1160日間）		
業 務 内 容	従事した職種	児童指導員	
	業務内容 ※3	相談業務 ・ 直接支援業務（いずれかに○）	
	業務内容（具体的に記載）※4	障害児に対する日常生活動作の指導及び療育支援	
	施設・事業所の種別	放課後等デイサービス	

(記入上の注意事項)

※1 実務経験及び日数換算について

- ・「1年以上の実務経験」とは、「業務に従事した」期間が1年以上であり、かつ、実際に従事した日数が1年あたり180日以上あることをいう。
- ・「業務に従事した」とは、業務期間内において実際に業務に従事したこと（休日、休暇、病気等で従事しなかった日を除く。）をいう。

※2 見込期間なし・見込期間ありについて

- (1) 申込み時点において実務要件を満たす者 ⇒ 見込期間なし
- (2) 申込み時点において実務要件を満たさないが研修開始日前までに必要な実務経験日数を満たす見込みがある者 ⇒ 見込期間あり
- ・見込期間ありに○をつけた場合は、受講する研修の開始日前までの期間で記載してください。

※3 業務内容（相談業務・直接支援業務）について

- ・該当するものに○をつけてください。サービス管理責任者や児童発達支援管理責任者としてみなしで配置されている場合は、「直接支援業務」に○をつけてください。

※4 業務内容（具体的に記述）について

- ・障害福祉サービス以外の施設・事業所等での業務については、支援の対象者（障害児等）を明記したうえで具体的に記載してください。

コメント 10 520902

・申込み時点において実務要件を満たす者 ⇒ 見込期間なし
・申込み時点において実務要件を満たさないが研修開始日前までに必要な実務経験日数を満たす見込みがある者 ⇒ 見込期間あり

コメント 9 520902

1年で換算した際に180日以上勤務が必要
記載例は $1160 \div 5.66 \approx 204$ なので要件を満たす

コメント 8 520902

・日常的な保護者からの相談に対応している場合でも、職種が児童指導員や保育士などであれば、直接支援に○を付けてください。
・相談業務に○を付けるのは、相談支援事業所の相談支援員などを想定しています。

コメント 7 520902

(記載不足例)

・「支援」などの単語のみの記載
・事務のみに従事し、障害者又は障害児に対する直接支援業務に携わっていないと捉えられる内容

(令和6年度～)

【様式1】(記載例4)

実務経験証明書

保育所での実務経験の場合

令和8年4月15日

(施設又は事業所の所在地及び名称)

高知県高知市丸ノ内1丁目2番20号

社会福祉法人高知家

(代表者氏名) 理事長 土佐 太郎

法人印を押してください

印

電話(088)823-9635

受講者氏名

山田 花子

(昭和60年1月1日生)

上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。

施設又は事業所名	高知丸ノ内保育園		
施設又は事業所名の所在地	〒780-8570 高知市丸ノ内1丁目2番20号		
業務期間 ※1	見込期間なし・見込期間あり (いずれかに○) ※2		
	令和 3年6月1日 ~	令和 8年 5月 31日	勤務期間 5年 か月
	※上記の期間中、実際に業務に従事した日数 (1095日間)		
業務内容	従事した職種	保育士	
	業務内容 ※3	相談業務 ・ 直接支援業務 (いずれかに○)	
	業務内容(具体的に記載) ※4	児童(障害児含む)に対する保育業務	
	施設・事業所の種別	保育所	

(記入上の注意事項)

※1 実務経験及び日数換算について

- ・「1年以上の実務経験」とは、「業務に従事した」期間が1年以上であり、かつ、実際に従事した日数が1年あたり180日以上あることをいう。
- ・「業務に従事した」とは、業務期間内において実際に業務に従事したこと(休日、休暇、病気等で従事しなかった日を除く。)をいう。

※2 見込期間なし・見込期間ありについて

- (1) 申込み時点において実務要件を満たす者 ⇒ 見込期間なし
 - (2) 申込み時点において実務要件を満たさないが研修開始日前までに必要な実務経験日数を満たす見込みがある者 ⇒ 見込期間あり
- ・見込期間ありに○をつけた場合は、受講する研修の開始日前までの期間で記載してください。

※3 業務内容(相談業務・直接支援業務)について

- ・該当するものに○をつけてください。サービス管理責任者や児童発達支援管理責任者としてみなしで配置されている場合は、「直接支援業務」に○をつけてください。

※4 業務内容(具体的に記述)について

- ・障害福祉サービス以外の施設・事業所等での業務については、支援の対象者(障害児等)を明記したうえで具体的に記載してください。

コメント 13 520902

・申込み時点において実務要件を満たす者 ⇒ 見込期間なし
・申込み時点において実務要件を満たさないが研修開始日前までに必要な実務経験日数を満たす見込みがある者 ⇒ 見込期間あり
・記載例では、申込み時点(4月15日)においては実務経験(5年)を満たさないが、5月31日まで勤務すれば実務経験を満たすため、「見込期間あり」としている。

コメント 12 520902

1年で換算した際に180日以上勤務が必要
記載例は $1095 \div 5 = 219$ なので要件を満たす

コメント 11 520902

(記載不足例)

・「支援」などの単語のみの記載
・事務のみに従事し、児童又は障害児に対する直接支援業務に携わっていないと捉えられる内容

(記載例)

「障害児に対する加配保育士」でも可

(令和6年度～)

【様式1】(記載例5)

実務経験証明書

病院での相談支援など
の実務経験の場合

令和8年4月15日

(施設又は事業所の所在地及び名称)

高知県高知市丸ノ内1丁目2番20号

社会福祉法人高知家

(代表者氏名) 理事長 土佐 太郎

法人印を押してください

印

電話(088)823-9635

受講者氏名	山田 花子	(昭和60年1月1日生)
-------	-------	--------------

上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。

施設又は事業所名	高知丸ノ内病院		
施設又は事業所名の所在地	〒780-8570 高知市丸ノ内1丁目2番20号		
業務期間 ※1	(見込期間なし・見込期間あり) (いずれかに○) ※2		
	令和 5年 4月 1日～ 令和 8年 3月 31日	勤務期間	3年 か月
	※上記の期間中、実際に業務に従事した日数 (630日間)		
業務内容	従事した職種	医療ソーシャルワーカー	
	業務内容 ※3	相談業務・直接支援業務 (いずれかに○)	
	業務内容(具体的に記載) ※4	精神障害者に対する退院後の移行先の調整及び日常生活上の相談支援	
	施設・事業所の種別	病院	

(記入上の注意事項)

※1 実務経験及び日数換算について

- ・「1年以上の実務経験」とは、「業務に従事した」期間が1年以上であり、かつ、実際に従事した日数が1年あたり180日以上あることをいう。
- ・「業務に従事した」とは、業務期間内において実際に業務に従事したこと(休日、休暇、病気等で従事しなかった日を除く。)をいう。

※2 見込期間なし・見込期間ありについて

- (1) 申込み時点において実務要件を満たす者 ⇒ 見込期間なし
- (2) 申込み時点において実務要件を満たさないが研修開始日前までに必要な実務経験日数を満たす見込みがある者 ⇒ 見込期間あり

・見込期間ありに○をつけた場合は、受講する研修の開始日前までの期間で記載してください。

※3 業務内容(相談業務・直接支援業務)について

- ・該当するものに○をつけてください。サービス管理責任者や児童発達支援管理責任者としてみなしで配置されている場合は、「直接支援業務」に○をつけてください。

※4 業務内容(具体的に記述)について

- ・障害福祉サービス以外の施設・事業所等での業務については、支援の対象者(障害児等)を明記したうえで具体的に記載してください。

コメント 16 520902

・申込み時点において実務要件を満たす者 ⇒ 見込期間なし
・申込み時点において実務要件を満たさないが研修開始日前までに必要な実務経験日数を満たす見込みがある者 ⇒ 見込期間あり

コメント 15 520902

1年で換算した際に180日以上勤務が必要
記載例は $630 \div 3 = 210$ なので要件を満たす

コメント 14 520902

(記載不足例)
患者に対する退院後の移行先調整及び生活上の相談支援
⇒サビ管になるための実務経験は障害者に対する支援が求められるため、患者の中に障害者が含まれていることを明記する必要がある。

(令和6年度～)

【様式1】(記載例6)

実務経験証明書

病院での看護師業務など
の実務経験の場合

令和8年4月15日

(施設又は事業所の所在地及び名称)

高知県高知市丸ノ内1丁目2番20号

社会福祉法人高知家

(代表者氏名) 理事長 土佐 太郎

法人印を押してください

印

電話(088)823-9635

受講者氏名	山田 花子	(昭和60年1月1日生)
-------	-------	--------------

上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。

施設又は事業所名	高知丸ノ内病院	
施設又は事業所名の所在地	〒780－8570 高知市丸ノ内1丁目2番20号	
業務期間 ※1	見込期間なし・見込期間あり（いずれかに○） ※2	
	令和 5年 5月 1日～ 令和 8年 4月 30日	勤務期間 3年 か月
	※上記の期間中、実際に業務に従事した日数 （ 630 ）日間	
業務内容	従事した職種	看護師
	業務内容 ※3	相談業務 ・ 直接支援業務（いずれかに○）
	業務内容（具体的に記載）※4	精神障害者に対する介護・看護業務
	施設・事業所の種別	精神科病院

コメント 19 520902

・申込み時点において実務要件を満たす者 ⇒ 見込期間なし
・申込み時点において実務要件を満たさないが研修開始日前までに必要な実務経験日数を満たす見込みがある者 ⇒ 見込期間あり
・記載例では、申込み時点(4月15日)においては実務経験(5年)を満たさないが、4月30日まで勤務すれば実務経験を満たすため、「見込期間あり」としている。

コメント 18 520902

1年で換算した際に180日以上勤務が必要
記載例は $630 \div 3 = 210$ なので要件を満たす

コメント 17 520902

(記載不足例)
患者に対する看護業務
⇒サビ管になるための実務経験は障害者に対する支援が求められるため、患者の中に障害者が含まれていることを明記する必要がある。

(記入上の注意事項)

※1 実務経験及び日数換算について

- ・「1年以上の実務経験」とは、「業務に従事した」期間が1年以上であり、かつ、実際に従事した日数が1年あたり180日以上あることをいう。
- ・「業務に従事した」とは、業務期間内において実際に業務に従事したこと(休日、休暇、病気等で従事しなかった日を除く。)をいう。

※2 見込期間なし・見込期間ありについて

- (1) 申込み時点において実務要件を満たす者 ⇒ 見込期間なし
- (2) 申込み時点において実務要件を満たさないが研修開始日前までに必要な実務経験日数を満たす見込みがある者 ⇒ 見込期間あり

・見込期間ありに○をつけた場合は、受講する研修の開始日前までの期間で記載してください。

※3 業務内容(相談業務・直接支援業務)について

- ・該当するものに○をつけてください。サービス管理責任者や児童発達支援管理責任者としてみなしで配置されている場合は、「直接支援業務」に○をつけてください。

※4 業務内容(具体的に記述)について

- ・障害福祉サービス以外の施設・事業所等での業務については、支援の対象者(障害児等)を明記したうえで具体的に記載してください。