|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 【様式１】実務経験証明書令和　　　　年　　　　月　　　　日（施設又は事業所の所在地及び名称）（代表者氏名）　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　印電話（　　　　　　　）　　　　　　　　－

|  |  |
| --- | --- |
| 受講者氏名 | （　　　　　　年　　月　　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 |  |
| 施設又は事業所名の所在地 | 〒 |
| 業　　務　　期　　間※１ | 　見込期間なし　・　見込期間あり　　（いずれかに〇）　　※２ |
| 令和 | 年　　　月　　　日～ | 令和 | 年　　　月　　　日 | 勤務期間　　　　　　　年　　　　　か月 |
| ※上記の期間中、実際に業務に従事した日数　　　　（　　　　　　　日間） |
| 業務内容 | 従事した職種 |  |
| 業務内容　※３ | 相談業務　　・　　直接支援業務　　（いずれかに〇） |
| 業務内容（具体的に記載）※４ |  |
| 施設・事業所の種別 |  |

 |

（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**

・見込み期間ありに〇をつけた場合は、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**

　　・該当するものに〇をつけてください。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」に〇をつけてください。

　※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。（例：「障害のある児童への支援を実施」等）