**【受講要件１の方】**

**埼玉県サービス管理責任者等実践研修　実務経験経歴証明書**

証明年月日：令和　　　年　　　月　　　日

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **ふりがな** |  | **生年月日** | S・H　　 　年 　　　月　 　　日生 |
| **氏　　名** |  | **性　　別** | 男 ・ 女 | **年齢** | 歳 |
| **要件①の実務期間****基礎研修受講日前日までの実務経験**※サービス管理責任者等の配置に係る実務経験要件を満たす必要あり※複数の事業所で経験がある方は裏面に内訳を記載して下さい | **従事期間** | **令和　　年　　月　　日　から　令和　　年　　月　　日まで****年　　　　ケ月** |
| **実際に業務に従事した日数** | **日　　　※1年以上の実務経験とは、180日以上あることをいいます。** |
| **サービス管理責任者等の配置に係る実務要件に該当する分類****※資格に基づく分類の場合、資格証の写しが必要です。** | **□相談支援の業務（実務経験５年以上）****□直接支援の業務（実務経験８年以上）****□直接支援の業務　有資格者（実務経験５年以上）****資格名：****□国家資格業務の実務有（実務経験３年以上）****国家資格名：** |
| **実務期間****基礎研修修了日から研修開始日前日までの実務経験**※６ヶ月以上の期間が必要※複数の事業所で経験がある方は裏面に内訳を記載して下さい | **従事期間** | **令和　　年　　月　　日から令和　　年　　月　　日まで****年　　　　ケ月** |
| **実際に業務に従事した日数** | **日** |
| **従事した業務** | **□相談支援の業務****□直接支援の業務****□サービス管理責任者****□児童発達支援管理責任者** |
| **証明欄** | **法人名** |
|  |
| **事業所名** |
|  |
| **代表者氏名** |
|  |
| **事業所所在地** |
|  |
| **上記(裏面含む)について、埼玉県が示すサービス管理責任者もしくは児童発達支援管理責任者の実務経験に該当する業務に従事したことを証明する。** | **法人代表印** |

**【受講要件１の方】　実務経験経歴証明書　( 裏面 )**

**要件①の実務期間　基礎研修受講日前日以前の実務経験内訳**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 経歴１ | 法人名1 | 事業所名1 | 職種(どちらかに✓) |
|  |  | □相談支援　□直接支援　 |
| 実務期間1 | 実務年数1 |
| 年　　月　　日～　　年　　月　　日 | 年　　ヶ月 |
| 経歴２ | 法人名2 | 事業所名2 | 職種(どちらかに✓) |
|  |  | □相談支援　□直接支援　 |
| 実務期間2 | 実務年数2 |
| 年　　月　　日～　　年　　月　　日 | 年　　ヶ月 |
| 経歴３ | 法人名3 | 事業所名3 | 職種(どちらかに✓) |
|  |  | □相談支援　□直接支援　 |
| 実務期間3 | 実務年数3 |
| 年　　月　　日～　　年　　月　　日 | 年　　ヶ月 |
| 経歴４ | 法人名4 | 事業所名4 | 職種(どちらかに✓) |
|  |  | □相談支援　□直接支援　 |
| 実務期間4 | 実務年数4 |
| 年　　月　　日～　　年　　月　　日 | 年　　ヶ月 |
| **要件①の実務期間　　実務経験年数合計** | **年　　ヶ月** |

**実務期間　基礎研修修了日から受講開始前日までの実務経験内訳**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 経歴１ | 法人名1 | 事業所名1 | 職種(どちらかに✓) |
|  |  | □相談支援　 □直接支援□サービス管理責任者等□児童発達支援管理責任者 |
| 実務期間1 | 実務年数1 |
| 年　　月　　日～　　年　　月　　日 | 年　　ヶ月 |
| 経歴２ | 法人名2 | 事業所名2 | 職種(どちらかに✓) |
|  |  | □相談支援　 □直接支援□サービス管理責任者等□児童発達支援管理責任者 |
| 実務期間2 | 実務年数2 |
| 　年　　月　　日～　　年　　月　　日 | 年　　ヶ月 |
| **実務期間　　実務経験年数合計** | **年　　ヶ月** |