**埼玉県サービス管理責任者等実践研修　在職証明書**

証明年月日：令和　　　年　　　月　　　日

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **ふりがな** |  | |  | | **生年月日** | | | S・H　 　年 　　月　　　日生 | | | |
| **申込者氏名** |  | |  | | **性　　別** | | | 男 ・ 女 | **年齢** | 歳 | |
| **現在の**  **所属先** | 法人名 |  | | | | | | | | | |
| 事業所名 |  | | | | | | | | | |
| 事業所  所在地 | 〒 | | | | | | | | | |
| **事業所電話番号** | （　　　　） | | | **メールアドレス** | | |  | | | | |
| **現在の従事状況** | * サービス管理責任者等として、現に従事している。 | | | | | | | | | | |
| * サービス管理責任者等として従事していないが、本研修修了後に従事を予定している。 | | | | | | | | | | |
| * 現在、サービス管理責任者等として従事の予定はない。（優先順位は低下） | | | | | | | | | | |
| **研修修了後の**  **所属予定先** | □　現在の所属先と同じ | | | | | □　以下の所属予定先（優先順位は低下） | | | | | |
| 法人名 |  | | | | | | | | | |
| 事業所名 |  | | | | | | | | | |
| 事業所  所在地 | 〒 | | | | | | | | | |
| **事業所電話番号** | （　　　　） | | | | **メールアドレス** | | |  | | | |
| **所属予定先の**  **事業種別**  **（該当する全てに○）** | **【児童】**児童発達支援、医療型児童発達支援、放課後等デイサービス、保育所等訪問支援、  指定福祉型障害児入所支援、指定医療型障害児入所支援、居宅訪問型児童発達支援 | | | | | | | | | | |
| **【就労】**就労移行支援、就労継続支援、就労定着支援 | | | | | | | | | | |
| **【介護】**療養介護、生活介護 | | | | | | | | | | |
| **【地域生活（身体）】**自立訓練（機能訓練） | | | | | | | | | | |
| **【地域生活（知的・精神）】**自立訓練（生活訓練）、共同生活援助、自立生活援助 | | | | | | | | | | |
| その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | | | | | | | | |
| **研修修了後の**  **配置予定日** | （現にサービス管理責任者等として従事している場合は、配置年月日を記入して下さい。）  令和　　　年　　　月　　　日 | | | | | | | | | | * 未定 |
| **【証明欄】**  **ご所属の法人・事業所等より、上記の内容について証明を受けてください。** | | | | | | | | | | | |
| **申込者について、上記の通り所属していることを証明します。また、申込者について、研修受講に係わる不正があった場合は、必要な措置を受け入れることを了承します。**  **法人名**  **事業所名**  **法人・事業所代表者氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　法人代表印** | | | | | | | | | | | |