**【受講要件３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 |
| **実務期間****（直近５年間の実務経験)**※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　(申し込みをするコースの研修開始前日まで)****年　　ヶ月** |
|
|
| **(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** |
|
|
| **具体的な業務内容** |  |
| **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３の方】　実務経験経歴証明書　( 裏面 )**

**実務期間　直近５年間の実務経験内訳**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 経歴１ | 法人名1 | 事業所名1 | 職種(いずれかに✓) |
|  |  | □相談支援 □直接支援□サービス管理責任者□児童発達支援管理責任者 |
| 実務期間1 | 実務年数2 |
| 年　　　月　　　日　～　　　年　　　月　　　日 | 年　　ヶ月 |
| 経歴２ | 法人名2 | 事業所名2 | 職種(いずれかに✓) |
|  |  | □相談支援 □直接支援□サービス管理責任者□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 |
| 経歴３ | 法人3 | 事業所名3 | 職種(いずれかに✓) |
|  |  | □相談支援 □直接支援□サービス管理責任者□児童発達支援管理責任者 |
| 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(いずれかに✓) |
|  |  | □相談支援 □直接支援□サービス管理責任者□児童発達支援管理責任者 |
| 実務期間4 | 実務年数4 |
| 年　　　月　　　日　～　　　年　　　月　　　日 | 年　　ヶ月 |
| **実務期間　　実務経験年数合計** | **年　　ヶ月** |