

実務経験見込証明書

(サービス管理責任者及び児童発達支援管理責任者研修(実践研修)を実務経験6か月で受講する場合)

予地方局長 宛 年 月 日 番 号

所在地及び法人名称 代表者氏名 電話番号 印

下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。

Table with columns for Name, Residence, Facility Name, Service Type, Service Manager Status, Individual Support Plan Tasks, Basic Training Date, Business Period, and Implementation Count.

注 1 サービス管理責任者等実践研修の受講要件である基礎研修修了後の実務経験「2年以上」を「6か月以上」に短縮する場合、本様式により県へ届け出ること。 (1)～(3)全てを満たす方はサービス管理責任者等基礎研修修了後の実務経験が6か月以上でサービス管理責任者等実践研修を受講することができる。

- 2 施設又は事業所名欄には、実務経験被証明者が個別支援計画作成業務に従事しているサービス等の種別も記入すること。
3 「サービス管理責任者等の配置状況」欄が「①」又は「②」の場合、「個別支援計画作成の業務内容」欄の「①～③」の全て、「サービス管理責任者等の配置状況」欄が「③」又は「④」の場合、「個別支援計画作成の業務内容」欄の「①～⑤」の全ての業務に従事している必要があるため留意すること。
4 基礎研修修了証の写しを添付すること。
5 「業務期間(見込)」欄は、実務経験被証明者が、基礎研修修了後から実践研修受講開始予定日まで間に個別支援計画作成の業務を行う期間を記入すること。(6か月未満の場合は実践研修を受講することはできない。)
6 「サービス管理責任者等の配置状況」欄が「①」又は「②」の場合、「個別支援計画作成の業務内容」欄の「①～③」の全てを、「サービス管理責任者等の配置状況」欄が「③」又は「④」の場合、「個別支援計画作成の業務内容」欄の「①～⑤」の全てを実施する際に「1回」とカウントし、少なくとも概ね計10回以上行う必要があるため留意すること。
7 証明内容を訂正した場合は、証明権者の職印を押印すること。なお、修正液による訂正は認められません。
8 サービス管理責任者実践研修を修了した後、速やかに修了証書の写しを提出すること。

受付印