

実務経験証明書

証明日

年

月

日

一般社団法人 宮城県知的障害者福祉協会 会長 殿

所 在 地

法 人 等 団 体 名

代 表 者 職 氏 名  
(法人又は施設・事業所等)

印

担 当 者 氏 名

連 絡 先 電 話 番 号

以下の者の実務経験は、記載のとおりであることを証明します。

|                                               |                                                                                                      |  |           |   |         |    |   |             |      |                               |   |   |  |  |  |  |
|-----------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|-----------|---|---------|----|---|-------------|------|-------------------------------|---|---|--|--|--|--|
| ふりがな                                          |                                                                                                      |  |           |   | 生 年 月 日 |    |   |             |      |                               |   |   |  |  |  |  |
| 氏 名                                           |                                                                                                      |  |           |   |         | 昭和 | 年 |             |      |                               | 月 | 日 |  |  |  |  |
|                                               |                                                                                                      |  |           |   |         | 平成 |   |             |      |                               |   |   |  |  |  |  |
| 勤務している<br>(していた)<br>施設又は事業所                   | 名 称                                                                                                  |  |           |   |         |    |   |             |      |                               |   |   |  |  |  |  |
|                                               | 指定日                                                                                                  |  | 昭和        | 年 |         |    |   | 月           | 日    | 指定事業所番号(10桁の事業所番号を記載)         |   |   |  |  |  |  |
|                                               |                                                                                                      |  | 平成        |   |         |    |   |             |      |                               |   |   |  |  |  |  |
|                                               |                                                                                                      |  | 令和        |   |         |    |   |             |      |                               |   |   |  |  |  |  |
| 所在地                                           | 〒 -                                                                                                  |  |           |   |         |    |   |             |      |                               |   |   |  |  |  |  |
| 業務内容<br>【該当する職名に<br>○をして、業務内<br>容を具体的に記<br>入】 | 職 名                                                                                                  |  | サービス管理責任者 |   |         |    |   | 児童発達支援管理責任者 |      |                               |   |   |  |  |  |  |
|                                               |                                                                                                      |  | 管理者       |   |         |    |   | 相談支援専門員     |      |                               |   |   |  |  |  |  |
|                                               | 具体的<br>業務内容                                                                                          |  |           |   |         |    |   |             |      |                               |   |   |  |  |  |  |
| 業務従事期間                                        | 令和 年 月 日 ～ 令和 年 月 日                                                                                  |  |           |   |         |    |   |             |      |                               |   |   |  |  |  |  |
|                                               | ※開始日は、令和3年11月20日以降の日付のみ有効。                                                                           |  |           |   |         |    |   |             |      |                               |   |   |  |  |  |  |
|                                               | 上記の業務従事期間内に療養休暇、育児休暇、退職等の業務に従事していない期間がある場合や、特記事項がある場合は、その期間と理由を【備考欄】に記入。(例) 令和3年11月1日～令和4年3月31日 療養休暇 |  |           |   |         |    |   |             |      |                               |   |   |  |  |  |  |
|                                               | 【備考】                                                                                                 |  |           |   |         |    |   |             |      |                               |   |   |  |  |  |  |
| 従事年数                                          | 年                                                                                                    |  |           |   | か月      |    |   |             | 従事日数 | 日                             |   |   |  |  |  |  |
|                                               | ※業務に従事していない期間を除き、業務に従事した年数・月数を記入。                                                                    |  |           |   |         |    |   |             |      | ※休日、有給休暇等を除き、実際に業務に従事した日数を記入。 |   |   |  |  |  |  |

(注意点)

※別紙「実務経験証明書の作成に関する注意事項」を参照の上、不備がないよう証明書を作成してください。

※事業所(種別)・期間ごとに作成してください。同法人内の事業所であっても、複数の事業所分をまとめて証明した場合は無効となります。

※事業所印(法人印)による訂正印がなく訂正された場合、本証明書は無効となります。

※受講希望者が作成した場合、本証明書は無効となります。(受講者が代表者の場合は除く。)

※理由の如何にかかわらず、本様式以外の証明書は無効となります。

【重要】証明書の発行を依頼する際は必ず、本様式と一緒に、別紙「実務経験証明書の作成に関する注意事項」も証明発行担当者に渡してください。

## 実務経験証明書

証明日 令和 8 年 月 日

一般社団法人 宮城県知的障害者福祉協会 会長 殿

所在地 仙台市宮城野区幸町●-●

法人等団体名 社会福祉法人●●●会

代表者職氏名  
(法人又は施設・事業所等) 理事長 福祉 研修

担当者氏名 更新 太郎

連絡先電話番号 022-123-4567

印

以下の者の実務経験は、記載のとおりであることを証明します。

|                                               |                                                                                                      |                                         |                       |               |
|-----------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------|-----------------------|---------------|
| ふりがな                                          | しゃふく はなこ                                                                                             |                                         | 生年月日                  |               |
| 氏名                                            | 社福 花子                                                                                                |                                         | ○ 昭和                  | 60 年 5 月 20 日 |
|                                               |                                                                                                      |                                         | 平成                    |               |
| 勤務している<br>(していた)<br>施設又は事業所                   | 名称                                                                                                   | 社会福祉法人●●●会 グループホーム■●■                   |                       |               |
|                                               | 指定日                                                                                                  | ○ 昭和                                    | 指定事業所番号(10桁の事業所番号を記載) |               |
|                                               |                                                                                                      | ○ 平成                                    |                       |               |
|                                               |                                                                                                      | 令和                                      |                       |               |
| 所在地                                           | 〒 123 - 4567<br>宮城県仙台市宮城野区幸町●-●                                                                      |                                         |                       |               |
| 業務内容<br>【該当する職名に<br>○をして、業務内<br>容を具体的に記<br>入】 | 職名                                                                                                   | ○ サービス管理責任者                             | 児童発達支援管理責任者           |               |
|                                               |                                                                                                      | 管理者                                     | 相談支援専門員               |               |
|                                               | 具体的<br>業務内容                                                                                          | 利用者の個別支援計画書の作成に係る一連の業務(モニタリングや支援会議の実施等) |                       |               |
| 業務従事期間                                        | 令和 4 年 4 月 1 日 ~ 令和 6 年 3 月 31 日                                                                     |                                         |                       |               |
|                                               | ※開始日は、令和3年11月20日以降の日付のみ有効。                                                                           |                                         |                       |               |
|                                               | 上記の業務従事期間内に療養休暇、育児休暇、退職等の業務に従事していない期間がある場合や、特記事項がある場合は、その期間と理由を【備考欄】に記入。(例) 令和3年11月1日~令和4年3月31日 療養休暇 |                                         |                       |               |
|                                               | 【備考】                                                                                                 |                                         |                       |               |
| 従事年数                                          | 2 年 0 か月                                                                                             |                                         | 従事日数                  | 368 日         |
|                                               | ※業務に従事していない期間を除き、業務に従事した年数・月数を記入。                                                                    |                                         |                       |               |
|                                               |                                                                                                      | ※休日、有給休暇等を除き、実際に業務に従事した日数を記入。           |                       |               |

(注意点)

※別紙「実務経験証明書の作成に関する注意事項」を参照の上、不備がないよう証明書を作成してください。

※事業所(種別)・期間ごとに作成してください。同法人内の事業所であっても、複数の事業所分をまとめて証明した場合は無効となります。

※事業所印(法人印)による訂正印がなく訂正された場合、本証明書は無効となります。

※受講希望者が作成した場合、本証明書は無効となります。(受講者が代表者の場合は除く。)

※理由の如何にかかわらず、本様式以外の証明書は無効となります。

【重要】証明書の発行を依頼する際は必ず、本様式と一緒に、別紙「実務経験証明書の作成に関する注意事項」も証明発行担当者に渡してください。