|  |
| --- |
| **研修受講用** |

受講区分１用

**実務経験（見込）証明書**

※基礎研修修了後の実務経験用

群馬県知事　様

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。

法人又は

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　施設・事業所の名称　　

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　所在地　　　　　　　　　　　　　　　　　　　

　　　　　　　　　連絡先電話番号

　　　　　　　　　代表者　職・氏名 　　　 　 職印

|  |  |
| --- | --- |
| 証明日 | 令和　　　　年　　　　月　　　　日 |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 氏　　名 | |  | | | | 生年月日 | | 昭和  平成　　　　　　　　　　年　　　月　　　日 | | | |
| 業務従事期間  **（A+B）** | | 年　　　ヶ月　　　日 | | | 業務に従事した日数**（a+b)** | | | 日間 | | | |
| 内　訳 | | | | | | | | | | | |
| Ａ欄 | 施設・事業所名 |  | | | | | 業務種別 | | | □ 相談支援業務　　□ 直接支援業務（無資格）  □ 直接支援業務（有資格）  　 資格名：  □ 国家資格による相談・直接支援業務  　 国家資格名：  □ サービス管理責任者  □ 児童発達支援管理責任者 | |
| 所在地 | ※本部・本社の所在地ではなく、勤務先施設・事業所の所在地を記入してください。 | | | | |
| 事業種別 |  | 業務内容 |  | | | | | | | |
| 業務従事期間 | 病休等休職期間がある場合はＡ欄とＢ欄に休職期間前、休職期間後を分けて記入してください。  昭和　　　　　　　　　　　　　　　　　昭和  平成　　　　年　　　月　　　日～　平成　　　　年　　　月　　　日  令和　　　　　　　　　　　　　　　令和 | | | | | | | 業務従事期間Ａ | | 業務に従事した日数**a** |
| 年　　　ヶ月　　　日 | | 日間 |
|  | | | | | | | | | | | |
| Ｂ欄 | 施設・事業所名 |  | | | | | 業務種別 | | | □ 相談支援業務　　□ 直接支援業務（無資格）  □ 直接支援業務（有資格）  　 資格名：  □ 国家資格による相談・直接支援業務  　 国家資格名：  □ サービス管理責任者  □ 児童発達支援管理責任者 | |
| 所在地 | ※本部・本社の所在地ではなく、勤務先施設・事業所の所在地を記入してください。 | | | | |
| 事業種別 |  | 業務内容 |  | | | | | | | |
| 業務従事期間 | 病休等休職期間がある場合はＡ欄とＢ欄に休職期間前、休職期間後を分けて記入してください。  昭和　　　　　　　　　　　　　　　　　昭和  平成　　　　年　　　月　　　日～　平成　　　　年　　　月　　　日  令和　　　　　　　　　　　　　　　　　令和 | | | | | | | 業務従事期間Ｂ | | 業務に従事した日数**b** |
| 年　　　ヶ月　　　日 | | 日間 |
|  | | | | | | | | | | | |

※**記入上の注意（裏面「実務経験（見込）証明書の記入上の注意」参照）**

・実務経験証明者は、法人代表者（理事長、代表取締役等）とします。

・**受講申込者が自書したものは無効となります（氏名、生年月日等部分的に自書した場合も無効）。**（個人開業者を除く。）

・**記入を誤った場合は、二重線で消し、この証明書に押印した職印で訂正してください（修正液等の使用による訂正は無効）。**

**実務経験（見込）証明書の記入上の注意**

**証明書を作成する前に、必ずお読みください。また、別添「記入例」も併せて御覧ください。**

|  |
| --- |
| ・勤務先が複数ある場合はそれぞれの実務経験（見込）証明書が必要になりますので、裏面も含め両面コピーをして使用してください。  ・一枚の用紙で複数の実務経験を証明できるのは、証明者が同一の法人の場合のみです。  ・用紙が足りない場合はコピーし、用紙ごとに証明してください。  ・記入を誤った場合は二重線で消し、必ずこの証明書に押印した職印を訂正印として押印してください。  訂正印のないもの、個人印での訂正、修正液等の使用による訂正は無効となります。  ・受講申込者が一部でも自書した証明書は無効となります。 |

１「事業種別」

　・施設・事業所の事業種別について記入してください。

　　 例　「居宅介護」「相談支援」「放課後等デイサービス」

・施設・事業所が多機能型に該当する場合は「多機能型（事業種別１・事業種別２）」と記入してください。

　 例　「多機能型（生活介護・就労継続支援Ｂ型）」

２「業務内容」

　・受講申込者の業務について、具体的に記入してください。

　　 例　「居宅介護サービス利用者の居宅において、食事・入浴・排せつ介助を主とした介護業務」

３「業務従事期間」

　・受講申込者が、業務に従事していた期間を記入し、該当する年号を○で囲んでください。

・法定資格等に基づく業務（看護師、介護福祉士等）の当該業務従事期間は、登録日以降としてください。

・有給休暇は業務従事期間に含むことができます。

・休職期間（病気休業、育児休業、介護休業等）は業務従事期間に含むことができません。

・休職期間がある場合はＡ、Ｂ欄に休職期間前と休職期間後に分けて記入してください。

　・同一法人において、他の事業所に異動した場合又は事業種別が変わった場合の証明については、Ａ、Ｂ欄に分けて記入してください。

　・サービス管理責任者等実践研修（以下、「実践研修」という。）の受講には、サービス管理責任者等基礎研修（以下、「基礎研修」という。）修了日以降、実践研修受講日前までの間に２年以上の実務経験が必要となります。基礎研修修了日前に従事した期間については、実践研修の受講要件となる実務経験には該当しないため、御注意ください。

　・業務従事期間の始期は、基礎研修修了日の翌日以降である必要があるため、証明書作成の際には被証明者に基礎研修の修了証書の提示を求めるなどの方法により、基礎研修の修了日を必ず御確認ください。

　・基礎研修申込時に受講年度末（３月３１日）までのいずれかの日を終期とした実務経験見込証明書を提出して受講された方は、基礎研修修

　　了後、実際にサービス管理責任者等の配置に係る実務経験要件又はサービス管理責任者等の配置に係る実務経験要件から２年引いた年数以

　　上の実務要件を満たした日の翌日を業務従事期間の始期にしてください。

　・現在の勤務先からの証明がある場合については、令和６年１０月２８日まで見込として業務従事期間に算定できます。なお、実務経験見込

　　証明書を提出した場合、証明内容が確定した時点で実務経験証明書を改めて提出していただく必要がありますので御了承ください。

４「業務に従事した日数」

　・上記「業務従事期間」のうち、実務経験要件に該当する業務に従事した日数（年間日数から、休日・病気休業等で業務に従事しなかった日を除いた日数）について、記入してください。

　・１日に２か所以上勤務している場合、重複して業務従事期間及び業務従事日数を算定することができません。

　・１日の業務従事時間が短い場合についても、１日として算定できます。

５「業務種別」

　・別紙「サービス管理責任者の要件となる実務経験について」及び「児童発達支援管理責任者の要件となる実務

　　経験について」を御確認ください。