

※添付書類（記入例）

児童発達支援管理責任者研修を申込みの場合で、資格の無い者が、老人福祉施設で3年6ヵ月、障害福祉サービス事業所で直接支援業務4年間の計7年6ヵ月の実務経験がある場合、記入例1と記入例2の2枚必要です。

※証明先である事業者様をご記入ください。

実務経験証明書(記入例2)

一般社団法人

茨城県心身障害者福祉協会 会長 様

令和 年 月 日

法人名	社会福祉法人□□	
法人代表者	役職名 理事長	氏名 □□ □□□□
法人所在地	□□市 □□□町 △△-△△	
法人電話番号	999-9999-0000	



(事業所印ではなく、必ず法人印を押印してください)

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。

フリガナ 氏名	イバラキ タロウ 茨城太郎 (生年月日 年 月 日)
現住所	×××市 △△町 ○○-○○
施設又は事業所名	社会福祉法人□□ ○○作業所 施設・事業所の種別 (就労継続支援B型)
業務期間	平成25年 4月 ~ 平成29年 3月 (4年 月間)
うち業務に従事した日数	800 日
業務内容	職名 (生活支援員) 障害者への直接支援、木工作业等の支援。

- (注) 1. 施設又は事業所名欄には、施設、事業所等の種別も記入すること。
2. 業務期間欄は、証明を受ける者が障害者に対する直接的な援助を行っていた期間を記入すること。
(産休・育休・療養休暇や長期研修期間等は業務期間となりません)
現在、既に必要とする実務経験期間を満たしている場合は、実務経験証明書作成日までの期間または、退職した日までの期間を記入すること。
3. 業務内容欄は職名を記入し、本来業務について、具体的に記入すること。
4. 証明内容を訂正した場合は、証明権者の職印を押印してください。なお、修正液による訂正は認められません。
5. 「管理職」の業務は施設の運営管理業務ですので、研修を受けるための実務経験には該当しません。
6. 証明に資格が伴う場合は、資格を証明できる書類の写しを添付してください。
7. 手書きの場合は黒色のボールペンでご記入ください。摩擦熱で色が消えるペン（黒色でも不可）、シャープペンシル、鉛筆、黒色以外の色のボールペンの使用は認められません。
8. 必ず原本をご提出ください。コピーの提出は認められません。
9. 証明元の押印部分に事業所印を使用することは不可となります。
本証明には、必ず法人印を押印してください。
10. 虚偽の実務経験証明書による研修の受講は、行政処分（指定取消・指定の効力停止）の対象となります。

フリガナ
記入担当者氏名 茨城花子

(ご連絡先電話番号: 121-222-3131)

※実務経験証明書の内容等に関して、お問い合わせすることがありますので、必ずご記入ください。