（別紙３）

令和６年度山梨県サービス管理責任者及び児童発達支援管理責任者実践研修

実　務　経　験　証　明　書

（OJT期間が６ヶ月以上２年未満で受講される方）

社会福祉法人山梨県障害者福祉協会理事長　殿

施設または事業所所在地

　　　　　　　　　　〒

　　　　　　　　　　法人名

施設名・事業所名

代表者職・氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　印

電話番号

（１）の実務経験は（２）の通りであることを証明します。

（１）

|  |  |
| --- | --- |
| 氏名 |  |
| 生年月日 | 年　　　月　　　日 |
| （２） |  |
| 業務期間 | 年　　月　　日　～　　　　年　　月　　日  （計　　　年　　　ヶ月・業務日数　　　　日） |
| 施設または事業所名 | 施設または事業所の種別（　　　　　　　　　　　　　） |
| 業務内容  （当てはまる方に✓をして下さい。） | □サービス管理責任者等が配置されている事業所において、個別支援計画の原案の作成までの一連の業務に従事している。  □やむを得ない事由によりサービス管理責任者等を欠いている事業所等において、サービス管理責任者等としてみなし配置され、個別支援計画の作成の一連の業務に従事している。 |

※業務期間につきましては、令和6年5月31日現在（見込）でご記入下さい。