

## 令和5年度 岐阜県サービス管理責任者等研修(更新研修) 実務経験証明及び申告書

注意: 本内容に虚偽の記載が認められた場合には、受講申込を取消し、当該事業所の今後の申込を受付けません。

事業所名 社会福祉法人 ○○会  
××ハウス

本人氏名 福祉 雅子

(本人記載欄)

次の実務経験について申告します。 ※添付書類確認用チャートでF)又はG)が該当した方のみ提出します。

【 F)児童発達支援管理責任者 ・ G)サービス管理責任者 】 ←どちらかに○を付けてください。

該当記号 (別紙3または4より)	実務期間の合計 (令和 5年 12月 1日現在)	国家資格に基づき当該資格にかかる 業務に従事した期間の合計(※該当者のみ) (令和 5年 12月 1日現在)
b-二、一	11 年 2 ヶ月	年 ヶ月

《内 訳》 (事業所記載欄)

実務期間 (注1)	昭 <del>平</del> 令 24年 10月	所属機関の種別 (注2)	老人居宅介護等事業		
	~	具体的業務の内容	訪問介護及び、訪問入浴 (左記期間中、実際に行っていた業務の内容を記入してください)		
	昭・平 <del>令</del> 元 年 3月	業務の範囲 (注2)	相談 <del>直接</del>	資格名称 (注3)	訪問介護員(ヘルパー)2級
	(業務日数 1540 日) (計 6年 6ヶ月)	証明欄	別紙3または別紙4の『 b の 二 』に該当する上記について証明する。(注4) 法人名・事業所名 社会福祉法人 ○○会 △△居宅介護事業所 代表者の氏名 代表 清流 太郎 住所 関市◇◇町5-1 TEL 0575-00-0000		
証明日	令和 5年 9月 15日				
実務期間 (注1)	昭・平 <del>令</del> 元 年 4月	所属機関の種別 (注2)	障害福祉サービス事業		
	~	具体的業務の内容	グループホームにおけるサービス管理責任者 (左記期間中、実際に行っていた業務の内容を記入してください)		
	昭・平 <del>令</del> 5年 11月	業務の範囲 (注2)	相談 <del>直接</del>	資格名称 (注3)	訪問介護員(ヘルパー)2級
	(業務日数 1143 日) (計 4年 8ヶ月)	証明欄	別紙3または別紙4の『 b の 一 』に該当する上記について証明する。(注4) 法人名・事業所名 社会福祉法人 ○○会 ××ハウス 代表者の氏名 代表 金華山 花子 住所 関市○○町1-1 TEL 0575-00-0000		
証明日	令和 5年 10月 2日				

(注1)実務期間は令和4年12月1日現在(見込)のものとしてします。

(注2)サービス管理責任者の要件(別紙3)、または児童発達支援管理責任者の要件(別紙4)より記入してください。

(注3)上記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必ず添付してください。

(注4)別紙3または別紙4を参考に『(a~d又はf)の(漢数字)』に該当するかを記入してください。

※「サービス管理責任者の要件」または「児童発達支援管理責任者の要件」を満たす実務経験のみご記入ください。

なおご記入の内容につきまして、告示の内容と照らし合わせて認められないと判断する場合があります。

※上記内容に虚偽の記載が認められた場合には、受講申込を取消し、今後の申込を受付けません。

※本証明書は、研修受講の可否を決定するに当たっての参考資料として提出いただくものです。事業所に配属される際には、別途、実務経験の内容についての審査等が行われますので、あらかじめご了承願います。