

サービス管理責任者等研修 実務経験証明書 作成についての注意点



よくある書類不備についてまとめています。ご参考ください。※本紙は提出不要です

確認部分		確認チェック欄
全体	<p>該当する日数がない場合は、空欄にせず「0」と記入する。未記入の場合は未記載扱いとなり、再提出となります。</p> <p>(例:様式2 療養休暇、育児休暇、休職等により、「相談支援の業務」、「直接支援の業務」又は国家資格に基づく業務に従事しなかった期間がない場合→0日と記載)</p>	
様式1・2	<p>印鑑が個人印で押されていないか</p> <p>個人印ではなく、事業所印や、法人印を押してください。</p>	
様式2	<p>様式2【実務経験証明書】の実務期間の終了日の記載について</p> <p>現在就業中であれば、書類を作成した日付を記載してください。</p>	
様式3	<p>受講者氏名(自筆)が空欄になっていないか</p> <p>記載がない場合、実務経験の確認ができないため書類不備となります。</p>	
様式3	<p>様式2に記載された「実務経験の年月日数」と、③の日数を転記しているか</p> <p>③の日数の転記漏れや、0日であっても記載がない場合は未記載となります。</p>	
様式3	<p>資格証明書を提出している、または児童指導員用資格の証明があるのにもかかわらず、資格名等の記載がない</p> <p>資格名等の記載がない場合、資格証のコピーを同封されたとしても短縮での審査にはなりません</p>	

よくある質問

◆ 様式2に記載する代表者に決まりはありますか。

様式2の代表者欄には、実務経験について責任をもって確認・証明できる方として、法人代表者または事業所長の記載をお願いしています。

◆ 児童指導員とはなんですか？ 証明するにはどうしたらよいですか？

児童指導員用資格者の対象について

- ① 都道府県知事が指定する養成機関の卒業生
- ② 社会福祉士・精神保健福祉士
- ③ 大学・大学院（短期大学は除く）の 社会福祉学、心理学、教育学、社会学のいずれかを専攻し修了した者
- ④ 教員免許取得者
- ⑤ 厚生労働大臣または都道府県知事から認定された実務経験者

参考：児童指導員及び指導員の資格要件等 追加資料2 - mhlw.go.jp（厚生労働省通知）

<https://www.mhlw.go.jp/stf/seisaku-attach/05-Shingikai-12201000-Shakaiengokujoushougaihokenfukushibu-Kikakuka/0000047434.pdf>

児童指導員の資格証明には、

- ①～④の該当者：専攻した学部が分かる書類の控え（卒業証書等、教員免許証のコピー）を、お申込み時に同封ください。
- ⑤の該当者：その旨が記載された書類の控えを提出してください。

様式1

記入例

提出日 令和 6年 1月 1日

サービス管理責任者等【基礎研修】申込書(推薦書)

【推薦欄】 標記研修の受講者として下記の者について虚偽がないことを認めます。

※推薦書欄は受講希望者が所属する法人・事業所等が記入してください。

※申込時点で、受講希望者がいずれの事業所等にも所属していない場合には、この推薦書欄は未記入で提出してください。

※証明者となる方は、法人の代表者、施設・事業所の長等、証明権限がある人です。個人の印ではなく法人印(社印不可)を使用してください。

法人等の名称 株式会社中川

事業所等の名称 東北福祉カレッジ

事業所等所在地 〒 980-0003

住所 仙台市青葉区小田原4-2-50-2

法人又は事業所の代表者 職 機施設管理者

氏名 福祉 みらい

個人印不可

事業所等連絡先 022-256-1931

問合せ担当者名 東北 せんだい

担当者連絡先 022-256-1931

【申込書】

ふりがな	とうほく みらい	受講者 生年月日	昭和 平成	元年1月1日
受講者 氏名	東北 みらい			
受講者 住所	〒980-0003 仙台市青葉区小田原4-2-50-2 東北福祉カレッジ	(自宅・勤務先・法人先 どちらかに○を付けてください)		

※事業所を通して申込される場合は事業所又は法人の連絡先をご記載ください

受講者 連絡先	00-111-2222	※日中、連絡が取れる電話番号を入力
希望する修了証種別(あてはまる方どちらかに○を記入)		
<input checked="" type="radio"/>	サービス管理責任者 基礎研修	児童発達支援管理責任者 基礎研修

【提出書類】同封物にレ点をいれてください

全員	<input checked="" type="checkbox"/>	サービス管理責任者等【基礎研修】申込書(推薦書)・実務経験確認表・実務経験証明書 様式1~3(本紙) ※様式2については、各事業所の事業所印または代表者印が押印されていること。
該当者 のみ	<input checked="" type="checkbox"/>	相談支援従事者初任者研修 修了証の写し ※相談支援従事者初任者研修全過程(もしくは講義部分)の修了証を印刷し、同封してください。
	<input type="checkbox"/>	資格証明書の写し ※実務経験の短縮審査を希望する方は必ず同封してください。 ※児童指導員用資格など、資格証明書がない資格については大学の卒業証明書の控えを提出してください。
	<input checked="" type="checkbox"/>	(修了証を原本で発行希望者のみ)届け先記載済のレターパック1通 ※記載方法は東北福祉カレッジのホームページを必ずご確認ください。 正しく記載されていない場合は、発送が遅れることがございます。
	<input type="checkbox"/>	上記以外の添付書類(改姓による証明など。詳しくは募集要綱をご確認ください)

ご記入いただいた内容は、株式会社中川 東北福祉カレッジの個人情報・特定個人情報保護規程に基づき、適正な管理を行い、当該研修実施及び修了者名簿の管理業務以外の目的で使用することはありません。

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

※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。

※理由の如何にかかわらず、本様式以外の申込書(推薦書)は無効となります。

※理由の如何にかかわらず、提出いただいた書類は一切返却いたしません。

様式2

記入例

提出日 令和 6年 1月 1日

実務経験証明書

【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」と、「実務経験一覧表」(事業所がある都道府県指定のもの)も証明発行担当者に渡してください。

・東北福祉カレッジ サービス管理責任者等申込書 様式2「サービス管理責任者・児童発達支援管理責任者実務経験確認書」の内容を転記し、事業所長に確認した上で事業所印または代表者印をいただきください

・なんらかの事由で事業所の確認を受けることができない場合は、当時の雇用契約書、内定書等、勤務していたことが分かる書類を添付してください

・訂正がある場合は、赤字で記載し、訂正印(訂正者の印でも可)を押印してください

・記載内容に虚偽があった場合、事業所担当者との認識に相違があった場合、受講することはできません。受講後に発覚した場合は、修了証が無効となります

・事業所や行政によって、指定の実務経験証明書の様式がある場合は、当校の本様式での提出でなくても問題ありません。ただし、事業所や行政から発行された実務経験証明書指定様式の原本をご提出ください

業務内容について

【相談支援業務】日常生活の自立に関する相談に応じ、助言、指導その他の支援を行う業務、その他これに準ずる業務

【直接支援業務】入浴、排せつ、食事その他の介護を行い、並びに介護に関する指導を行う業務、その他職業訓練、職業教育に係る業務、動作の指導・知識技能の付与・生活訓練・訓練等に係る指導業務

複数の施設(事業所)から証明書をもらう場合は、本書をコピーしてください

東北福祉カレッジ
障害福祉課 研修課 御中

所在地 983-0868
仙台市宮城野区鉄砲町中3番地4プラザ和光ビル1F

法人名
社会福祉法人 ○○

代表者氏名 東北 せんだい

電話番号 00-0000-9999

事業所印または代表者印

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。

ふりがな	とうほく みらい	受講者 生年月日	昭和 平成	元年 1月 1日		
受講者 氏名	東北 みらい					
実務期間	昭和 平成 28 年 2月 1日 ~ 平成 元年 12月 1日		昭和 令和			
従事区分 相談支援／直接支援	施設等の名称		事業・業務等の種類	実務経験の年月日数		
直接支援	○○老人ホーム		老人福祉施設	3 カ年 10 カ月		
実務経験の年月日数を、日数に換算した値(実務年数×180 + 実務月数×15) ※事業所で実務日数を把握している場合は、計算式にあてはめなくても可		①	690 日			
療養休暇、育児休暇、休職等により、「相談支援の業務」、「直接支援の業務」又は国家資格に基づく業務に従事しなかった期間		②	82 日			
① の日数から ② の日数を引いた実務経験の年月日数		③	608 日			
※①の計算式は、平成18年6月23日厚生労働省事務連絡に則る						
職名	生活支援員					
具体的業務内容	老人福祉施設において、生活支援として入浴・食事・排泄の介助を行う。					

【勤務している(していた)施設】

赤枠部分2箇所、様式3に転記します

名称の欄については、施設又は事業所の正式名称と記載してください。

実務経験一覧表における業務の区分等については、各都道府県から発布されている「サービス管理者責任者、児童発達支援管理責任者の実務経験一覧表」の中から該当するものを選択し、記載してください。

【業務内容】

職名は、業務に従事している(していた)際の職名を記載してください。(例:生活支援員、児童指導員など)

具体的な内容は、従事している(していた)業務が、実務経験一覧表に示す「相談支援の業務」又は「直接支援の業務」に該当していることがわかるよう、できる限り具体的に記載してください。国家資格に基づく業務も同様に、従事した業務の内容をできる限り具体的に記載してください。

具体的ではない例

「放課後等デイサービスにおいて、直接支援業務に従事」 ⇒ × 直接支援、相談支援では具体的にどんなお仕事

「障害者支援施設において、相談支援業務に従事」 ⇒ × 仕事をされていたかが不明瞭

※ 上記のように記載された場合、どのような業務内容なのか読み取れません。「要支援児童に対する日常生活における基本的動作の指導」、「利用者への入浴や排泄、食事の介助」など、できる限り具体的に記載してください。

様式3

記入例

提出日 令和 6 年 1 月 1 日

實務經驗確認

表 名前の記載漏れに 注意してください

受講者氏名(自筆)	東北 みらい
希望する修了証種別(○をつける)両種の一括取得は不可	<input checked="" type="checkbox"/> サービス管理責任者 <input type="checkbox"/> 児童発達支援管理責任者

※希望する修了証の都道府県指定は、各都道府県の要項に則って審査するため、必ずしも希望する都道府県指定で発行されるものではありません。

- ・相談支援および直接支援の定義は、厚生労働省通知や希望する都道府県の通知をご参考ください
- ・必ず申請する都道府県の「サービス管理者責任者、児童発達支援管理責任者の実務経験一覧表」をご確認ください
- ・勤務した事業所が、どの福祉サービス分野にあてはまるかは受講者自身が事業所管理者、行政等にてご確認ください
- ・休職期間は含まずに記入してください
- ・実務要件達成日に2年満たない期間から、基礎研修の申し込み可(H30.3.2厚生労働省社会保障審議会発)
- ・国家資格等を得た上での業務期間は、相談支援および直接支援の業務を行った期間と同時期でも可(H18.6.23厚生労働省令)

【相談支援業務】日常生活の自立に関する相談に応じ、助言、指導その他の支援を行う業務、その他これに準ずる業務

【直接支援業務】入浴・排せつ・食事その他の介護を行い、並びに介護に関する指導を行う業務、その他職業訓練、職業教育に係る業務、動作の指導・知識技能の付与・生活訓練・訓練等に係る指導業務

記載欄が足りない場合は、本書をコピーしてください。

- ・実務要件達成日に2年満たない期間から、基礎研修の申し込み可(H30.3.2厚生労働省社会保障審議会発)
例:有資格者による相談支援+直接支援業務の業務の従事経験が5年以上ある
⇒上記業務に3年以上従事していた実務経験があれば、申込み可

※本研修における有資格、国家資格の定義については各都道府県が発行している実務要

児童発達支援管理責任者 受講申請	実務経験証明書の、③に記載されている日数				カ年 カ月	
					日	
実務経験証明書の、③に記載されている日数				カ年 カ月		日
				カ年	カ月	
実務経験証明書の、③に記載されている日数						日
				カ年	カ月	
※必ず下記の「審査を申し込むルート」に規定されている年数を満たしているか、ご確認ください		合計	従事区分毎に実務経験年月日数を算出してください	直接支援	カ年 カ月	
				相談支援	カ年 カ月	
実務経験証明書(様式3)と相違ないようご記入ください						
実務経験が短縮される所持資格名						
実務経験が短縮される有資格者は、資格の取得年月日(元号〇年/月/日で記載)				本日までの経過年		年

(別紙1)

実務経験証明書の作成に関する注意事項

- 実務経験証明書は、法人又は事業所等の代表者が被証明者の実務経験について証明してください。

【有資格、国家資格の違いについて】

各都道府県の実務要件に、それぞれ指定された資格名の記載があります。有資格および国家資格が、どの業務にあてはまるのか、については、必ず受講者自身や証明書発行担当でご確認をお願いいたします。

例 (宮城県の実務要件例)

老人福祉施設において看護師(国家資格)による業務を3年、併せて直接または相談支援業務を1年行った
⇒サービス管理責任者の実務要件となります。

⇒児童発達支援管理責任者の実務要件では、国家資格による業務が5年以上であること、老人福祉施設は業務期間から除外されるので実務要件となりません。

【勤務している(していた)施設又は事業所】

名称の欄については、施設又は事業所の正式名称を記載してください。

実務経験一覧表における業務の区分等については、各都道府県の「サービス管理者責任者、児童発達支援管理責任者の実務経験一覧表」の中から該当するものを選択し、記載してください。

【業務内容】

職名は、業務に従事している(していた)際の職名を記載してください。(例:生活支援員、児童指導員など)

具体的な内容は、従事している(していた)業務が、実務経験一覧表に示す「相談支援の業務」又は「直接支援の業務」に該当していることがわかるよう、できるかぎり具体的に記載してください。国家資格に基づく業務も同様に、従事した業務の内容をできる限り具体的に記載してください。

具体的ではない例

「放課後等デイサービスにおいて、直接支援業務に従事」	⇒	×	直接支援、相談支援では具体的にどんなお
「障害者支援施設において、相談支援業務に従事」	⇒	×	仕事をされていたかが不明瞭

※ 上記のように記載された場合、どのような業務内容なのか読み取れません。「要支援児童に対する日常生活における基本的動作の指導」、「利用者への入浴や排泄、食事の介助」など、できる限り具体的に記載してください。

【業務従事期間】

児童発達支援管理責任者基礎研修(以下「基礎研修」という。)の受講には、一定の実務経験が必要となります。「従事していた業務」、「資格の有無」等により、受講に必要な年数が異なります。実務経験に該当する業務、年数等については、各都道府県の「サービス管理者責任者、児童発達支援管理責任者の実務経験一覧表」を確認してください。

【従事年数】

療養休暇、育児休暇、休職等により、「相談支援の業務」、「直接支援の業務」又は国家資格に基づく業務に従事しなかった期間は除いて計算してください。

ある月に1日でも業務に従事していれば、1ヶ月とカウントしてください。

【例】従事期間が1月31日～3月1日の場合 ⇒ 3ヶ月

【従事日数】

業務従事期間内で、週休日等の勤務していない日を除き、実際に「相談支援の業務」、「直接支援の業務」又は国家資格に基づく業務に従事した日数を記載してください。

業務時間が1時間など短時間であっても、1日とカウントしてください。

有給休暇日は賃金が発生するだけで、業務には従事していないため、従事日数には含めません。

例 令和2年6月1日から令和4年8月29日まで直接支援の業務に従事し、従事日数が380日だった場合

令和2年6月1日から令和4年8月29日まで	⇒	2年3か月(従事日数:380日)…①
うち、令和3年1月1日から令和3年2月28日まで病休	⇒	2か月(従事期間には含まない)…②

①2年3か月 - ②2か月 = 2年1か月 ← 従事年数に記載する年数と月数 (従事日数:380日)

様式1

提出日 令和 年 月 日

サービス管理責任者等【基礎研修】申込書(推薦書)

【推薦欄】 標記研修の受講者として下記の者について虚偽がないことを認めます。

※推薦書欄は受講希望者が所属する法人・事業所等が記入してください。

※申込時点で、受講希望者がいずれの事業所等にも所属していない場合には、この推薦書欄は未記入で提出してください。

※証明者となる方は、法人の代表者、施設・事業所の長等、証明権限がある人です。個人の印ではなく法人印(社印不可)を使用してください。

法人等の名称

事業所等の名称

事業所等所在地 〒
住 所

法人又は事業所の
代表者 氏名

印

事業所等連絡先

問合せ担当者名

担当者連絡先

【申込書】

ふりがな		受講者 生年月日	昭和	年	月	日
受講者 氏名			平成			
受講者 住所	〒	(自宅・勤務先/法人先) どちらかに○をつける				

※事業所を通して申込される場合は事業所又は法人の連絡先をご記載ください

受講者 連絡先	※日中、連絡が取れる電話番号を入力		
希望する修了証種別(あてはまる方どちらかに○を記入)			
サービス管理責任者 基礎研修		児童発達支援管理責任者 基礎研修	

【提出書類】同封物にレ点をいれてください

全員	サービス管理責任者等【基礎研修】申込書(推薦書)・実務経験確認表・実務経験証明書 様式1~3(本紙) ※様式2については、各事業所の事業所印または代表者印が押印されていること。
該 当 者 の み	相談支援従事者初任者研修 修了証の写し ※相談支援従事者初任者研修全過程(もしくは講義部分)の修了証を印刷し、同封してください。
	資格証明書の写し ※実務経験の短縮審査を希望する方は必ず同封してください。 ※児童指導員任用資格についてはご自身が該当するかをご確認の上、必要な書類を提出してください。
	(修了証を原本で発行希望者のみ)届け先記載済のレターパック1通 ※記載方法は東北福祉カレッジのホームページを必ずご確認ください。 正しく記載されていない場合は、発送が遅れることがございます。
	上記以外の添付書類(改姓による証明など。詳しくは募集要綱をご確認ください)

ご記入いただいた内容は、株式会社中川 東北福祉カレッジの個人情報・特定個人情報保護規程に基づき、適正な管理を行い、当該研修実施及び修了者名簿の管理業務以外の目的で使用することはありません。

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

※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。

※理由の如何にかかわらず、本様式以外の申込書(推薦書)は無効となります。

※理由の如何にかかわらず、提出いただいた書類は一切返却いたしません。

様式2

提出日 令和 年 月 日

実務経験証明書

【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」と、「実務経験一覧表」(事業所がある都道府県指定のもの)も証明発行担当者に渡してください。

※証明者となる方は、法人の代表者、施設・事業所の長等、証明権限がある人です。個人の印ではなく法人印(個人印不可)を使用してください

- ・なんらかの事由で事業所の確認を受けることができない場合は、当時の雇用契約書、内定書等、勤務していたことが分かる書類を添付してください
- ・訂正がある場合は、赤字で記載し、訂正印(訂正者の印でも可)を押印してください
- ・記載内容に虚偽があった場合、事業所担当者との認識に相違があった場合、受講することはできません。受講後に発覚した場合は、修了証が無効となります
- ・事業所や行政によって、指定の実務経験証明書の様式がある場合は、当校の本様式での提出でなくとも問題ありません。ただし、事業所や行政から発行された実務経験証明書指定様式の原本をご提出ください

業務内容について

【相談支援業務】日常生活の自立に関する相談に応じ、助言、指導その他の支援を行う業務、その他これに準ずる業務

【直接支援業務】入浴、排せつ、食事その他の介護を行い、並びに介護に関する指導を行う業務、その他職業訓練、職業教育に係る業務、動作の指導・知識技能の付与・生活訓練・訓練等に係る指導業務

複数の施設(事業所)から証明書をもらう場合は、本書をコピーしてください

東北福祉カレッジ
障害福祉課 研修課 御中

所 在 地

法 人 名

代表者氏名

印

電 話 番 号

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。

ふりがな 受講者 氏名		受講者 生年月日	昭和			年 月 日					
			平成			昭和					
実務期間		昭和	年	月	日	平成	年	月			
		平成	年	月	日	令和	年	月			
従事区分 相談支援／直接支援		施設等の名称		事業・業務等の種類			実務経験の年月日数				
							力年				
実務経験の年月日数を、日数に換算した値(実務年数×180 + 実務月数×15) ※事業所で実務日数を把握している場合は、計算式にあてはめなくても可						①	日				
療養休暇、育児休暇、休職等により、「相談支援の業務」、「直接支援の業務」又は国家資格に基づく業務に従事しなかった期間						②	日				
① の日数から ② の日数を引いた実務経験の年月日数						③	日				
該当する日数がない場合は、空欄にせず「0」と記入する。未記入の場合は未記載扱いとなり、再提出となります。 ※①の計算式は、平成18年6月23日厚生労働省事務連絡通知に則る											
職 名											
具体的業務内容											

【勤務している(していた)施設又は事業所】

名称の欄については、施設又は事業所の正式名称を記載してください。

実務経験一覧表における業務の区分等については、各都道府県から発布されている「サービス管理者責任者、児童発達支援管理責任者の実務経験一覧表」の中から該当するものを選択し、記載してください。

【業務内容】

職名は、業務に従事している(していた)際の職名を記載してください。(例:生活支援員、児童指導員など)

具体的な内容は、従事している(していた)業務が、実務経験一覧表に示す「相談支援の業務」又は「直接支援の業務」に該当していることがわかるよう、できるかぎり具体的に記載してください。国家資格に基づく業務も同様に、従事した業務の内容をできる限り具体的に記載してください。

具体的ではない例

「放課後等デイサービスにおいて、直接支援業務に従事」 ⇒ × 直接支援、相談支援では具体的にどんなお仕事をされていたかが不明瞭
「障害者支援施設において、相談支援業務に従事」

※ 上記のように記載された場合、どのような業務内容なのか読み取れません。「要支援児童に対する日常生活における基本的動作の指導」、「利用者への入浴や排泄、食事の介助」など、できる限り具体的に記載してください。

様式3

提出日 令和 年 月 日

実務経験確認表

受講者氏名(自筆)	
希望する修了証種別(○をつける)両種の一括取得は不可	サービス管理責任者 / 児童発達支援管理責任者

※希望する修了証の都道府県指定は、各都道府県の要項に則って審査するため、必ずしも希望する都道府県指定で発行されるものではありません
 ・相談支援および直接支援の定義は、厚生労働省通知や希望する都道府県の通知をご参考ください
 ・必ず申請する都道府県の「サービス管理者責任者、児童発達支援管理責任者の実務経験一覧表」をご確認ください
 ・勤務した事業所が、どの福祉サービス分野にあてはまるかは受講者自身が事業所管理者、行政等にてご確認ください
 ・休職期間は含まずに記入してください
 ・実務要件達成日に2年満たない期間から、基礎研修の申し込み可(H30.3.2厚生労働省社会保障審議会発)
 ・国家資格等を得た上での業務期間は、相談支援および直接支援の業務を行った期間と同時期でも可(H18.6.23厚生労働省事務連絡発)

【相談支援業務】日常生活の自立に関する相談に応じ、助言、指導その他の支援を行う業務、その他これに準ずる業務

【直接支援業務】入浴、排せつ、食事その他の介護を行い、並びに介護に関する指導を行う業務、その他職業訓練、職業教育に係る業務、動作の指導・知識技能の付与・生活訓練・訓練等に係る指導業務

記載欄が足りない場合は、本書をコピーしてください

サービス管理責任者 受講申請 希望する受講要件の欄に記入する	従事区分 相談支援／直接支援	施設等の名称	事業・業務等の種類	実務経験の年月日数	
				カ年	カ月
	実務経験証明書の、③に記載されている日数			日	
				カ年	カ月
	実務経験証明書の、③に記載されている日数			日	
				カ年	カ月
	実務経験証明書の、③に記載されている日数			日	
				カ年	カ月
	実務経験証明書の、③に記載されている日数			日	
	合計	従事区分毎に実務経験年月日数を算出してください	直接支援	カ年	カ月
		相談支援	カ年	カ月	
実務経験証明書(様式3)と相違ないようご記入ください					
実務経験が短縮される所持資格名					
実務経験が短縮される有資格者は、資格の取得年月日(元号〇年/月/日で記載)			本日までの経過年	年	

↓障害又は児童分野の福祉サービス事業所の場合は「〇」を記入

児童発達支援管理責任者 受講申請 希望する受講要件の欄に記入する	従事区分 相談支援／直接支援	施設等の名称	障害／児童	事業・業務等の種類	実務経験の年月日数	
					カ年	カ月
	実務経験証明書の、③に記載されている日数			日		
					カ年	カ月
	実務経験証明書の、③に記載されている日数			日		
					カ年	カ月
	実務経験証明書の、③に記載されている日数			日		
					カ年	カ月
	実務経験証明書の、③に記載されている日数			日		
	合計	従事区分毎に実務経験年月日数を算出してください	直接支援	カ年	カ月	
		相談支援	カ年	カ月		
実務経験証明書(様式3)と相違ないようご記入ください						
実務経験が短縮される所持資格名						
実務経験が短縮される有資格者は、資格の取得年月日(元号〇年/月/日で記載)			本日までの経過年	年		

(別紙1)

実務経験証明書の作成に関する注意事項

- 実務経験証明書は、法人又は事業所等の代表者が被証明者の実務経験について証明してください。

【有資格、国家資格の違いについて】

各都道府県の実務要件に、それぞれ指定された資格名の記載があります。有資格および国家資格が、どの業務にあてはまるのか、については、必ず受講者自身や証明書発行担当でご確認をお願いいたします。

例 (宮城県の実務要件例)

老人福祉施設において看護師(国家資格)による業務を3年、併せて直接または相談支援業務を1年行った
⇒サービス管理責任者の実務要件となります。

⇒児童発達支援管理責任者の実務要件では、国家資格による業務が5年以上であること、老人福祉施設は業務期間から除外されるので実務要件となりません。

【勤務している(していた)施設又は事業所】

名称の欄については、施設又は事業所の正式名称を記載してください。

実務経験一覧表における業務の区分等については、各都道府県の「サービス管理者責任者、児童発達支援管理責任者の実務経験一覧表」の中から該当するものを選択し、記載してください。

【業務内容】

職名は、業務に従事している(していた)際の職名を記載してください。(例:生活支援員、児童指導員など)

具体的な内容は、従事している(していた)業務が、実務経験一覧表に示す「相談支援の業務」又は「直接支援の業務」に該当していることがわかるよう、できるかぎり具体的に記載してください。国家資格に基づく業務も同様に、従事した業務の内容をできる限り具体的に記載してください。

具体的ではない例

「放課後等デイサービスにおいて、直接支援業務に従事」	⇒	×	直接支援、相談支援では具体的にどんなお
「障害者支援施設において、相談支援業務に従事」	⇒	×	仕事をされていたかが不明瞭

※ 上記のように記載された場合、どのような業務内容なのか読み取れません。「要支援児童に対する日常生活における基本的動作の指導」、「利用者への入浴や排泄、食事の介助」など、できる限り具体的に記載してください。

【業務従事期間】

児童発達支援管理責任者基礎研修(以下「基礎研修」という。)の受講には、一定の実務経験が必要となります。「従事していた業務」、「資格の有無」等により、受講に必要な年数が異なります。実務経験に該当する業務、年数等については、各都道府県の「サービス管理者責任者、児童発達支援管理責任者の実務経験一覧表」を確認してください。

【従事年数】

療養休暇、育児休暇、休職等により、「相談支援の業務」、「直接支援の業務」又は国家資格に基づく業務に従事しなかった期間は除いて計算してください。

ある月に1日でも業務に従事していれば、1ヶ月とカウントしてください。

【例】従事期間が1月31日～3月1日の場合 ⇒ 3ヶ月

【従事日数】

業務従事期間内に、週休日等の勤務していない日を除き、実際に「相談支援の業務」、「直接支援の業務」又は国家資格に基づく業務に従事した日数を記載してください。

業務時間が1時間など短時間であっても、1日とカウントしてください。

有給休暇日は賃金が発生するだけで、業務には従事していないため、従事日数には含めません。

例 令和2年6月1日から令和4年8月29日まで直接支援の業務に従事し、従事日数が380日だった場合

令和2年6月1日から令和4年8月29日まで	⇒	2年3ヶ月(従事日数:380日)…①
うち、令和3年1月1日から令和3年2月28日まで病休	⇒	2ヶ月(従事期間には含まない)…②
①2年3ヶ月 - ②2ヶ月 = 2年1ヶ月 ← 従事年数に記載する年数と月数 (従事日数:380日)		