

様式3※実務要件短縮者向

提出日 令和 年 月 日

サービス管理責任者等【実践研修】申込書 ※実務要件短縮者向

※この様式は、実務経験要件短縮の該当者用の様式です。【様式1・2】とは記載する内容が異なります。

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 勤務先 住所						
勤務先 電話番号	(担当者名:)					※日中、連絡が取れる電話番号を入力

※個人申込(個人での受講料支払い)の場合は、勤務先住所ではなく、個人住所および電話番号を記載ください

希望する修了証種別(あてはまる方どちらかに○を記載)			
	サービス管理責任者 実践研修		児童発達支援管理責任者 実践研修
※セット受講希望者のみ 希望する専門コース別研修 (セット受講の詳細については、東北福祉カレッジHPをご参照ください)			専門コース別研修「意思決定支援」
			専門コース別研修「障害児支援」
			専門コース別研修「就労支援」

※法人申込(法人での受講料支払い)の場合は、下記推薦欄を必ずご記載ください。記載がない場合は書類不備となり受講のご案内ができません

推薦 欄	上記の者を研修受講者として申し込みします	
	法人名	
	法人代表者氏名	

実務要件の短縮(OJT短縮)確認

(1) 基礎研修受講開始時点での業務従事期間及び従事日数

業務従事期間の合計	年	か月	業務従事日数の合計	日
保有資格名 (無資格の場合は無資格と記入)				

※実務経験要件の短縮に該当するためには、基礎研修受講開始時点で、サービス管理責任者として配置に必要な実務経験の年数を満たしていた必要があります。配置要件の対象となる業務や必要となる従事期間については、各都道府県の「実務経験一覧表」で確認してください
※様式4の内容を転記。実務経験証明書が複数枚ある場合は、合算した数字を記載してください

(2) 基礎研修修了後の業務従事期間及び従事日数

業務従事期間の合計	年	か月	個別支援計画(原案)作成業務を行った回数	件
-----------	---	----	----------------------	---

※実務経験要件の短縮に該当するためには、対象となる業務に6カ月以上従事し、個別支援計画(原案)作成業務を少なくとも10件以上従事している必要があります
詳細は「サービス管理責任者等研修制度について(厚生労働省 社会保障審議会障害者部会 第135回(R5.2.27)資料5)」をご確認ください
※様式5の内容を転記。実務経験証明書が複数枚ある場合は、合算した数字を記載してください。

(3) 指定権者への届け出の確認

※やむを得ない事由により、上記(2)の業務を行うためには、事業所が、管轄する自治体(市町村、都道府県等の指定権者)へ届け出を出している必要があります

【提出書類】提出物にレ点をいれてください

全 員	サービス管理責任者等【実践研修】申込書 様式3・4・5(本紙)
	サービス管理責任者等 基礎研修(サービス管理責任者または児童発達支援管理責任者)の修了証の写し ※平成31年度以降の基礎研修修了証書の写し。他都道府県で交付されたものでも構いません。
	相談支援従事者初任者研修「講義部分(補足研修)」の修了証の写し 都道府県によっては、サービス管理責任者等基礎研修の修了証内に合わせて記載されている場合もあります。その場合は提出不要です。
	指定権者への届け出の写し
該 当 者 の み	住民票抄本(原本) ※いずれの事業所にも所属していない場合、住所地証明として必要です
	採用内定通知書の写し(任意様式) ※推薦を受ける事業所に、申込時点では所属していないが、既に採用が決定している方のみ必要です。 ※代表者職・氏名、事業所印、内定者名、雇用開始日、従事内容等が記載されているものを提出してください。
	上記以外の添付書類(改姓による証明など。詳しくはHPの必要書類をご確認ください)

ご記入いただいた内容は、株式会社の中川 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。

様式4※実務要件短縮者向

提出日 令和 年 月 日

実務経験証明書(※基礎研修受講開始時点までの実務経験)

【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ても問題ありません。

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				生年月日			
受講者氏名				昭和	年 月 日		
				平成			
勤務している (していた) 施設又は事業所		名称					
		所在地	〒 -				
		実務経験一覧表における業務の区分等 ※実務経験一覧表を参照					
		※該当するものに○					
		実務経験の種類		業務の区分		事業・施設等の種類	
		サービス管理責任者にあてはまる		相談支援の業務			
		児童発達支援管理責任者にあてはまる		直接支援の業務			
業務内容	職名						
	具体的 業務内容						
業務従事 期間		(元号) 年 月 日 ~ (元号) 年 月 日					
		【上記の業務従事期間内に療養休暇、育児休暇、休職等の業務に従事していない期間がある場合に記載してください】					
		年 月 日 ~ 年 月 日		年 月 日			
右記を【様式3】実務要件の 短縮(OJT短縮)確認の (1)に転記する		従事年数	年 か月	※業務に従事してい ない期間を除き、業務に 従事した年数・月数を 記入してください。	従事日数	日	※休日、有給休暇等を 除き、実際に業務に従 事した日数を記載して ください。

※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、不備がないよう証明書を作成してください。

※事業所(種別)・期間ごとに作成してください。

※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。

※受講希望者自身が作成した場合、本証明書は無効となります。(受講者が代表者の場合は除く。)

【重要】

証明書の発行を依頼する際は必ず、本様式と一緒に、審査を希望する都道府県の「実践研修の受講要件となる実務経験一覧表」と、別紙「実務経験(見込)証明書の作成に関する注意事項」、「記載例」も証明発行担当者に渡してください。

様式5※実務要件短縮者向

提出日 令和 年 月 日

実務経験(見込)証明書(※基礎研修修了後の実務経験)

【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ても問題ありません。

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					生 年 月 日			
受講者氏名					昭和	年	月	日
					平成			
勤務している (していた) 施設又は事業所 ・ 現在の業務の状況	名 称							
	所在地							
	事業・施設等の種類							
	基礎研修を修了しており、サービス管理責任者等のもとで個別支援計画の原案の作成までの一連の業務(※1)に従事							
	配置に必要な実務経験を満たしており、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みなして個別支援計画の作成の一連の業務(※2)に従事							
令和3年度末までの基礎研修を修了しており、サービス管理責任者等とみなして個別支援計画の作成の一連の業務(※2)に従事								
業務従事 期間	(元号) 年 月 日 ~ (元号) 年 月 日							
	【上記の業務従事期間内に療養休暇、育児休暇、休職等の業務に従事していない期間がある場合に記載してください】							
	年 月 日 ~ 年 月 日 年 月 日 ~ 年 月 日							
右記を【様式3】実務要件の短縮(OJT短縮)確認の(2)に転記する	従事年数	年	か月	※業務に従事していない期間を除き、業務に従事した年数・月数を記入してください。	個別支援計画(原案)作成業務を行った回数	回	上記の業務従事期間内に個別支援計画の原案の作成までの一連の業務(※1)や個別支援計画の作成の一連の業務(※2)を行った回数を記載してください。	

※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、不備がないよう証明書を作成してください。

※事業所(種別)・期間ごとに作成してください。

※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。

※受講希望者自身が作成した場合、本証明書は無効となります。(受講者が代表者の場合は除く。)

【重要】

証明書の発行を依頼する際は必ず、本様式と一緒に、審査を希望する都道府県の「実践研修の受講要件となる実務経験一覧表」と、別紙「実務経験(見込)証明書の作成に関する注意事項」、「記載例」も証明発行担当者に渡してください。

(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。

【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。
事業所(種別)・期間ごとに作成してください。
⇒例年、同法人内の複数の事業所を1枚にまとめて記載するなどのケースが散見されます。その場合、事業所ごとに再度証明していただくことになりますので、ご注意ください。
 - ・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。
 - ・受講希望者が作成した場合、本証明書は無効となります。(受講希望者が代表者の場合は除く。)
- 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。
- ・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。
 - ・受講希望者が作成した場合、本証明書は無効となります。(受講希望者が代表者の場合は除く。)

【事業・施設等の種類】

- ・名称の欄については、施設又は事業所の名称を正確に記載してください。
- ・事業・施設等の種類については、都道府県の「実務経験一覧表」の中から該当する福祉サービスの種類を記入してください。

【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」 | ⇒ | × |
| 「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。

【業務従事期間】

- ・サービス管理責任者実践研修(以下、「実践研修」という。)の受講には、サービス管理責任者基礎研修(以下、「基礎研修」という。)修了日以後、実践研修受講日前までの間に一定の実務経験が必要となります。
- ・業務従事期間の始期は、基礎研修修了日以後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ご確認ください。
- ・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か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か月

【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」または「直接支援の業務」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) | | |

【実施回数】

- ・業務従事期間内に個別支援計画の原案の作成までの一連の業務や個別支援計画の作成の一連の業務を行った回数を記載してください。

個別支援計画の原案の作成までの一連の業務の場合には以下①～③のすべてを、個別支援計画の作成の一連の業務の場合には以下①～⑤のすべてを行って「1回」とカウントします。

- ① 利用者について面接した上でアセスメントを行い、適切な支援内容の検討を行う。
- ② アセスメント及び支援内容の検討結果に基づき個別支援計画の原案を作成する。
- ③ 個別支援計画の作成に係る会議を開催し、原案の内容について担当者等から意見を求める。
(原案の作成までの一連の業務の場合は、サービス管理責任者等が開催する上記会議への参画)
- ④ 原案の内容について利用者又はその家族に対して説明し、文書により利用者の同意を得、個別支援計画を利用者に交付する。
- ⑤ 定期的に個別支援計画の実施状況の把握及び利用者についての継続的なアセスメント(モニタリング)を行い、少なくとも6月に1回以上個別支援計画の見直しを行い、必要に応じて個別支援計画の変更を行う。

- ・6カ月の実務経験により実践研修を受講するためには、個別支援計画の原案の作成までの一連の業務や個別支援計画の作成の一連の業務を、業務従事期間中に概ね10回以上行っている必要があります。

様式3※実務要件短縮者向

提出日 令和 8 年 1 月 1 日

サービス管理責任者等【実践研修】申込書 ※実務要件短縮者向

※この様式は、実務経験要件短縮の該当者用の様式です。【様式1・2】とは記載する内容が異なります。

ふりがな	とうほく みらい	受講者 生年月日	昭和	元 年 1 月 1 日
受講者 氏名	東北 みらい		平成	
受講者 勤務先 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			
勤務先 電話番号	(担当者名:)			※日中、連絡が取れる電話番号を入力

※個人申込(個人での受講料支払い)の場合は、勤務先住所ではなく、個人住所および電話番号を記載ください

希望する修了証種別(あてはまる方どちらかに○を記載)			
○	サービス管理責任者 実践研修		児童発達支援管理責任者 実践研修
※セット受講希望者のみ 希望する専門コース別研修 (セット受講の詳細については、東北福祉カレッジHPをご参照ください)			専門コース別研修「意思決定支援」
		○	専門コース別研修「障害児支援」
			専門コース別研修「就労支援」

※法人申込(法人での受講料支払い)の場合は、下記推薦欄を必ずご記載ください。記載がない場合は書類不備となり受講のご案内ができません

推 薦 欄	上記の者を研修受講者として申し込みします	
	法人名	東北福祉カレッジ
	法人代表者氏名	福祉 みらい

実務要件の短縮(OJT短縮)確認

(1) 基礎研修受講開始時点での業務従事期間及び従事日数

業務従事期間の合計	5 年 1 か月	業務従事日数の合計	852 日
保有資格名 (無資格の場合は無資格と記入)	介護福祉士		

※実務経験要件の短縮に該当するためには、基礎研修受講開始時点で、サービス管理責任者として配置に必要な実務経験の年数を満たしていた必要があります。配置要件の対象となる業務や必要となる従事期間については、各都道府県の「実務経験一覧表」で確認してください

※様式4の内容を転記。実務経験証明書が複数枚ある場合は、合算した数字を記載してください

(2) 基礎研修修了後の業務従事期間及び従事日数

業務従事期間の合計	0 年 8 か月	個別支援計画(原案)作成業務を行った回数	23 件
-----------	----------	----------------------	------

※実務経験要件の短縮に該当するためには、対象となる業務に6カ月以上従事し、個別支援計画(原案)作成業務を少なくとも10件以上従事している必要があります

詳細は「サービス管理責任者等研修制度について(厚生労働省 社会保障審議会障害者部会 第135回(R5.2.27)資料5)」をご確認ください

※様式5の内容を転記。実務経験証明書が複数枚ある場合は、合算した数字を記載してください

(3) 指定権者への届け出の確認

※やむを得ない事由により、上記(2)の業務を行うためには、事業所が、管轄する自治体(市町村、都道府県等の指定権者)へ届け出を出している必要があります

【提出書類】提出物にレ点をいれてください

全 員	✓	サービス管理責任者等【実践研修】申込書 様式3・4・5(本紙)
	✓	サービス管理責任者等 基礎研修(サービス管理責任者または児童発達支援管理責任者)の修了証の写し ※平成31年度以降の基礎研修修了証書の写し。他都道府県で交付されたものでも構いません。
	✓	相談支援従事者初任者研修「講義部分(補足研修)」の修了証の写し 都道府県によっては、サービス管理責任者等基礎研修の修了証内に合わせて記載されている場合もあります。その場合は提出不要です。
	✓	指定権者への届け出の写し
該 当 者 の み		住民票抄本(原本) ※いずれの事業所にも所属していない場合、住所地証明として必要です
		採用内定通知書の写し(任意様式) ※推薦を受ける事業所に、申込時点では所属していないが、既に採用が決定している方のみ必要です。 ※代表者職・氏名、事業所印、内定者名、雇用開始日、従事内容等が記載されているものを提出してください。
		上記以外の添付書類(改姓による証明など。詳しくはHPの必要書類をご確認ください)

ご記入いただいた内容は、株式会社の中川 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。

様式4※実務要件短縮者向

提出日 令和 8 年 1 月 1 日

実務経験証明書(※基礎研修受講開始時点までの実務経験)

【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ても問題ありません。

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		生 年 月 日			
受講者氏名	東北 みらい		昭和	元 年 1 月 1 日		
			○ 平成			
勤務している (していた) 施設又は事業所	名 称	社会福祉法人 ○○ すこやか□□ハウス				
	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				
	実務経験一覧表における業務の区分等 ※実務経験一覧表を参照					
	※該当するものに○					
	実務経験の種類	業務の区分	事業・施設等の種類			
	○ サービス管理責任者の実務要件	○ 相談支援の業務	老人福祉施設			
児童発達支援管理責任者の実務要件	直接支援の業務					
業務内容	職名	相談支援員				
	具体的 業務内容	高齢者を対象とした、日中の生活支援および地域生活や在宅生活上の日常生活相談、関係機関との連絡調整				
業務従事 期間	(元号) 平成 25 年 1 月 1 日 ~ (元号) 平成 30 年 2 月 1 日					
	【上記の業務従事期間内に療養休暇、育児休暇、休職等の業務に従事していない期間がある場合に記載してください】					
	年 月 日 ~ 年 月 日	年 月 日 ~ 年 月 日				
右記を【様式3】実務要件の 短縮(OJT短縮)確認の (1)に転記する	従事年数	5 年 1 か月	※業務に従事してい ない期間を除き、業務に 従事した年数・月数を 記入してください。	従事日数	852 日	※休日、有給休暇等を 除き、実際に業務に従 事した日数を記載して ください。

※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、不備がないよう証明書を作成してください。

※事業所(種別)・期間ごとに作成してください。

※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。

※受講希望者自身が作成した場合、本証明書は無効となります。(受講者が代表者の場合は除く。)

【重要】

証明書の発行を依頼する際は必ず、本様式と一緒に、審査を希望する都道府県の「実践研修の受講要件となる実務経験一覧表」と、別紙「実務経験(見込)証明書の作成に関する注意事項」、「記載例」も証明発行担当者に渡してください。

様式5※実務要件短縮者向

提出日 令和 8 年 2 月 1 日

実務経験(見込)証明書(※基礎研修修了後の実務経験)

【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ても問題ありません。

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 980-0003
宮城県仙台市青葉区小田原4-2-50-2法人名
株式会社中川代表者氏名 福祉 みらい
電話番号 022-256-1931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		生 年 月 日			
受講者氏名	東北 みらい		昭和	元 年 1 月 1 日		
			○ 平成			
勤務している (していた) 施設又は事業所 ・ 現在の業務の状況	名 称	株式会社中川 いきいき◎◎センター				
	所在地	〒 980-0003 宮城県仙台市青葉区小田原4-2-50-2				
	事業・施設等の種類	介護老人保健施設				
	○ 基礎研修を修了しており、サービス管理責任者等のもとで個別支援計画の原案の作成までの一連の業務(※1)に従事					
	配置に必要な実務経験を満たしており、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みなして個別支援計画の作成の一連の業務(※2)に従事					
業務従事 期間	(元号) 令和 5 年 5 月 1 日 ~ (元号) 令和 6 年 1 月 1 日					
	【上記の業務従事期間内に療養休暇、育児休暇、休職等の業務に従事していない期間がある場合に記載してください】					
	年 月 日 ~ 年 月 日	年 月 日 ~ 年 月 日				
右記を【様式3】実務要件の 短縮(OJT短縮)確認の (2)に転記する	従事年数	0 年 8 か月	※業務に従事していない期間を除き、業務に従事した年数・月数を記入してください。	個別支援計画(原案)作成業務を行った回数	23 回	上記の業務従事期間内に個別支援計画の原案の作成までの一連の業務(※1)や個別支援計画の作成の一連の業務(※2)を行った回数を記載してください。

※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、不備がないよう証明書を作成してください。

※事業所(種別)・期間ごとに作成してください。

※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。

※受講希望者自身が作成した場合、本証明書は無効となります。(受講者が代表者の場合は除く。)

【重要】

証明書の発行を依頼する際は必ず、本様式と一緒に、審査を希望する都道府県の「実践研修の受講要件となる実務経験一覧表」と、別紙「実務経験(見込)証明書の作成に関する注意事項」、「記載例」も証明発行担当者に渡してください。

(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。

【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。
事業所(種別)・期間ごとに作成してください。
⇒例年、同法人内の複数の事業所分を1枚にまとめて記載するなどのケースが散見されます。その場合、事業所ごとに再度証明していただくことになりますので、ご注意ください。
 - ・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。
 - ・受講希望者が作成した場合、本証明書は無効となります。(受講希望者が代表者の場合は除く。)
- 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。
- ・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。
 - ・受講希望者が作成した場合、本証明書は無効となります。(受講希望者が代表者の場合は除く。)

【事業・施設等の種類】

- ・名称の欄については、施設又は事業所の名称を正確に記載してください。
- ・事業・施設等の種類については、都道府県の「実務経験一覧表」の中から該当する福祉サービスの種類を記入してください。

【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」 | ⇒ | × |
| 「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。

【業務従事期間】

- ・サービス管理責任者実践研修(以下、「実践研修」という。)の受講には、サービス管理責任者基礎研修(以下、「基礎研修」という。)修了日以後、実践研修受講日前までの間に一定の実務経験が必要となります。
- ・業務従事期間の始期は、基礎研修修了日以後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ご確認ください。
- ・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か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か月

【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」または「直接支援の業務」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) | | |

【実施回数】

- ・業務従事期間内に個別支援計画の原案の作成までの一連の業務や個別支援計画の作成の一連の業務を行った回数を記載してください。

個別支援計画の原案の作成までの一連の業務の場合には以下①～③のすべてを、個別支援計画の作成の一連の業務の場合には以下①～⑤のすべてを行って「1回」とカウントします。

- ① 利用者について面接した上でアセスメントを行い、適切な支援内容の検討を行う。
- ② アセスメント及び支援内容の検討結果に基づき個別支援計画の原案を作成する。
- ③ 個別支援計画の作成に係る会議を開催し、原案の内容について担当者等から意見を求める。
(原案の作成までの一連の業務の場合は、サービス管理責任者等が開催する上記会議への参画)
- ④ 原案の内容について利用者又はその家族に対して説明し、文書により利用者の同意を得、個別支援計画を利用者に交付する。
- ⑤ 定期的に個別支援計画の実施状況の把握及び利用者についての継続的なアセスメント(モニタリング)を行い、少なくとも6月に1回以上個別支援計画の見直しを行い、必要に応じて個別支援計画の変更を行う。

- ・6カ月の実務経験により実践研修を受講するためには、個別支援計画の原案の作成までの一連の業務や個別支援計画の作成の一連の業務を、業務従事期間中に概ね10回以上行っている必要があります。