

記入例②

1回目の更新研修修了後、本研修受講開始日前までの5年以内に2年以上のサービス管理責任者等の実務経験がある場合

〈更新研修2回目用〉

令和 5年 8月 30日

987 -6543
岡県浜松市中区□□町123-4

名称 特定非営利活動法人 はままつ

代表者職氏名 浜松 一郎

電話番号 053-×××-××××

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。

1 受講者について

(ふりがな)	はまな ゆうこ	(生年月日 昭和50年 4月 3日)
受講者氏名	浜名 優子	

2 実務経験について

下記の①または②のどちらか該当する方を証明ください。
実務経験の職種については、ア サービス管理責任者、イ 児童発達支援管理責任者、ウ 相談支援専門員、エ 管理者とします。

① 現 **②を記入した場合は①の記入は不要**

法人内で異動があった場合は実務経験を満たす期間分事業所ごとに記入ください。
※別法人での期間を通算して実務経験を満たす場合は、法人ごとに実務経験証明書が必要です。

② 1回目の更新研修修了後、本研修受講開始日前までの5年以内に2年以上のサービス管理責任者等の実務経験がある

施設又は事業所名	障害福祉サービス等の種別	期間	ア	イ	ウ	エ
放課後等デイサービスはままつ	放課後等デイサービス	令和3年4月1日～令和3年12月30日（1年9月間）		○		
放課後等デイサービスいわた	放課後等デイサービス	令和4年1月1日～令和4年5月31日（0年5月間）		○		
		年 月 日～ 年 月 日（年 月間）				
実務経験が複数事業所での通算で満たす場合、通算期間	2年 2月間	（ 2事業所）				

注1 複数法人での経歴を証明する場合は、証明する法人ごとに様式を作成し、受講申込み法人がとりまとめて提出すること。
なお、1法人で4回以上の異動がある等により欄が不足する場合は、2枚に渡って記載すること。

注2 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、修正液等による訂正は認められません。

以下は受講者本人もしくは所属法人が記載してください。

1回目更新研修受講年	令和元 年度	
1回目更新研修受講都道府県	静岡県	
現在の所属法人	社会福祉法人 福祉会	
所属事業所名等	はままつ作業所	
事業種別	就労継続支援B	
事業所住所	浜松市天竜区△△町987-6	