

実務経験証明書

群馬県知事 様

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。

訂正をする場合は、訂正箇所
に二重線を引き、訂正の上、
必ずこの印を訂正印として押印すること

記入内容について確認する場合がありますので、提出する書類は必ず控え（コピー）を取ってください。

法人の名称 社会福祉法人群馬県
所在地 群馬県前橋市大手町 1-1-1
連絡先電話番号 〇〇〇-〇〇〇-〇〇〇〇
代表者 職・氏名 理事長 群馬 太郎



必ず証明日を記入

証明日 令和 〇 年 〇 月 〇 日

氏 名	前橋 花子	生年月日	昭和 50 年 3 月 13 日
-----	-------	------	------------------

①現にサービス管理責任者、児童発達支援管理責任者、管理者又は相談支援専門員として従事している場合
(下記内容で研修を修了する日まで、引き続き当該職種として従事すること。)

施設・事業所名			
所在地	※本部・本社の所在地ではなく、勤務先施設・事業所の所在地を記入してください。		
事業種別	業務内容	サービス管理責任者・管理者・ 児童発達支援管理責任者・相談支援専門員 ※該当するものに○をつけてください。	

②本研修受講開始日前5年間に於いて2年以上サービス管理責任者、児童発達支援管理責任者、管理者又は相談支援専門員として従事している場合 ※①に該当する場合は、記載不要です。
※更新研修（実践研修）修了日翌日から2年以上の実務経験のみ記入してください。

施設・事業所名	社会福祉法人群馬県 生活介護ぐんま		
所在地	群馬県浅間町浅間 1-2-3 ※本部・本社の所在地ではなく、勤務先施設・事業所の所在地を記入してください。		
事業種別	生活介護	業務内容	サービス管理責任者・ <u>管理者</u> ・ 児童発達支援管理責任者・相談支援専門員 ※該当するものに○をつけてください。
業務従事期間	病休等休職期間がある場合は用紙を分けて、期間ごとに記入してください。 実践研修修了日の翌日以降から算入可		業務に従事した日数
	令和 3 年 12 月 28 日～ 令和 6 年 5 月 10 日		380 275 日間 2 年 4 ヶ月 14 日

※記入上の注意（裏面「実務経験証明書の記入上の注意」参照）

- ・実務経験証明者は、法人・施設等の証明権限を有する方（代表者）とします。
- ・受講申込者が自書したものは無効となります（氏名、生年月日等部分的に自書した場合も無効）。（個人開業者を除く。）
- ・記入を誤った場合は、二重線で消し、証明権限を有する方の職印「長の印」で訂正してください（修正液等の使用による訂正は無効）。



実務経験証明書の記入上の注意

証明書を作成する前に、必ずお読みください。また、別添「記入例」も併せて御覧ください。

- ・勤務先が複数ある場合はそれぞれの実務経験証明書が必要になりますので、裏面も含め両面コピーをして使用してください。
- ・用紙が足りない場合はコピーし、用紙ごとに証明してください。
- ・記入を誤った場合は二重線で消し、必ず職印「長の印」を訂正印として押印してください。
訂正印のないもの、個人印での訂正、修正液等の使用による訂正は無効となります。
- ・受講申込者が一部でも自書した証明書は無効となります。

1 「事業種別」

- ・施設・事業所の事業種別について記入してください。
例 「居宅介護」「相談支援」「放課後等デイサービス」
- ・施設・事業所が多機能型に該当する場合は「多機能型（事業種別1・事業種別2）」と記入してください。
例 「多機能型（生活介護・就労継続支援B型）」

2 「業務内容」

- ・受講申込者の業務について、選択肢から選択してください。

3 「業務従事期間」

- ・有給休暇は業務従事期間に含むことができます。
- ・休職期間（病気休業、育児休業、介護休業等）は業務従事期間に含むことができません。
- ・休職期間がある場合は、休職期間前と休職期間後に用紙を分けて記入してください。
- ・同一法人において、他の事業所に異動した場合又は事業種別が変わった場合の証明については、用紙を分けて記入してください。

4 「業務に従事した日数」

- ・上記「業務従事期間」のうち、実務経験要件に該当する業務に従事した日数（年間日数から、休日・病気休業等で業務に従事しなかった日を除いた日数）について、記入してください。
- ・1日に2か所以上勤務している場合、重複して業務従事期間及び業務従事日数を算定することができません。
- ・1日の業務従事時間が短い場合についても、1日として算定できます。