

サービス管理責任者【実践研修】受講の為の【基礎研修】受講時点の実務経験証明書

令和 年 月 日

秋田県障害者社会参加推進センター長 あて

法人名
事業所名
代表者職氏名

職印

下記の者の実務経験に相違ないことを証明します。後日、証明事項が事実と相違する事が判明した際は、研修修了事実の取消等、所要の措置を受け入れます。

受講申込者氏名

業務範囲		対 象 事 業		サビ管に必要な実務経験年数			受講申込者の実務経験年月を記入	
				国家資格保有者	有資格者	左記以外の者	年	月
障害者の保健・医療・福祉・就労・教育の分野における支援業務	相談支援の業務	ア	地域生活支援事業、障害児相談支援事業、身体障害者相談支援事業、知的障害者相談支援事業その他これらに準ずる事業の従事者	3年(540日)以上		5年(900日)以上		
		イ	児童相談所、身体障害者更生相談所、精神障害者社会復帰施設、知的障害者更生相談所、福祉事務所、発達障害者支援センターその他これらに準ずる事業の従業者					
		ウ	障害者支援施設、障害児入所施設、老人福祉施設、精神保健福祉センター、救護施設、更生施設、介護老人保健施設、地域包括支援センターその他これらに準ずる施設の従業者					
		エ	障害者職業センター、障害者雇用支援センター、障害者就業・生活支援センターその他これらに準ずる施設の従業者					
		オ	特別支援学校その他これらに準ずる機関の従業者					
	直接支援業務	カ	病院若しくは診療所の従業者 a社会福祉主事任用資格を有する者 b相談支援の業務に関する基礎的な研修を修了する等により相談支援の業務を行うために必要な知識及び技術を習得したものと認められる者(訪問介護員2級以上(現:介護職員初任者研修)に相当する研修の修了者) c4に掲げる資格を有する者 dアからオまでに掲げる従事者及び従業者としての期間が1年以上の者					
		キ	障害者支援施設、障害児入所施設、老人福祉施設、介護老人保健施設、病院又は診療所の療養病床その他これらに準ずる施設の従業者		5年(900日)以上	8年(1,440日)以上		
		ク	障害福祉サービス事業、障害児通所支援事業、老人居宅介護等事業その他これらに準ずる事業の従業者					
		ケ	病院、診療所、薬局、訪問看護事業所その他これらに準ずる施設の従業者					
		コ	障害者の雇用の促進等に関する法律第44条第1項に規定する子会社、同法第49条第1項第6号に規定する助成金の支給を受けた事業所、その他これらに準ずる施設の従業者					
		サ	特別支援学校その他これらに準ずる機関の従業者					

【実務経験要件に関する資格要件】				保有している資格等を左から選択して記載
区分	国家資格保有者	●次の国家資格等による業務に従事している者 医師、歯科医師、薬剤師、保健師、助産師、看護師、准看護師、理学療法士、作業療法士、社会福祉士、介護福祉士、視能訓練士、義肢装具士、歯科衛生士、言語聴覚士、あん摩マッサージ指圧師、はり師、きゅう師、柔道整復師、管理栄養士、栄養士又は精神保健福祉士		
	有資格者	●次の(1)～(5)に該当する者（※資格取得以前の実務経験年数を含めて可） (1)社会福祉主事任用資格者 (2)訪問介護員2級以上(現:介護職員初任者研修)に相当する研修の修了者 (3)児童指導員任用資格者 (4)保育士 (5)精神障害者社会復帰指導員		

障害児者への相談・直接支援に従事した実務経験の合計が実務経験年月となります。							
実務経験を記入	別相 を談・ ○で直 囲接支 援の	当上 する記 の区 分を サの該	事業所名	実務経験期間	主な職名	業務内容	実務経験 年 月
	相・直			～			年 月
	相・直			～			年 月
	相・直			～			年 月
	相・直			～			年 月
						合 計	年 月