

児童発達支援管理責任者【基礎研修】受講に必要な実務経験証明書

令和8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

Table with columns: 業務範囲, 対象事業, 児発管に必要な実務経験年数 (National qualification holder, Qualified person, Others), 研修受講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 (Year, Month).

【実務経験要件に関する資格要件】

Table with columns: 区分 (National qualification holder, Qualified person), 資格要件 (Qualification requirements), 左の資格要件から該当する資格を下記に記入 (Enter the qualifications that meet the requirements below).

Table for recording practical experience with columns: 事業所名 (Business name), 実務経験期間 (Practical experience period), 主な職名 (Main position), 業務内容 (Business content), 実務経験年月 (Practical experience year/month).

「相談支援の業務」とは 身体上若しくは精神上の障害があること又は環境上の理由により日常生活を営むのに支障がある者の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

「直接支援の業務」とは 身体上又は精神上の障害があることにより日常生活を営むのに支障がある者につき、入浴、排泄、食事その他の介護を行い、並びにその者及びその介護者に対して介護に関する指導を行う業務又は日常生活における基本的な動作の指導、知識技能の付与、生活能力の向上のために必要な訓練その他の支援を行い、並びにその訓練等を行う者に対して訓練等に関する指導を行う業務その他職業訓練又は職業教育に係る業務