

返却しませんので写しを送ってください。

実務経験証明書(変更届書提出後)

記入例

施設・事業所所在地 福岡県福岡市

公印は、忘れずに
押印してください。

施設・事業所名 放課後等デイサービス

代表者氏名 福祉 太郎

電話番号 092-●●●●-●●●●

公印

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。

記入日：西暦 2025年 7月 1日

ふりがな	ふくおか はなこ	
氏 名	福岡 華子	生年月日：昭和 60年 5月 10日
事業所所在地	〒812-001 福岡県福岡市博多区〇〇〇〇	
施設・事業所名	放課後等デイサービス さくら 事業所番号 (12345678)	
施設・事業所の種別 ※指定権者から指定を受けた事業に○をつける ※右記以外は不可	1. 療養介護 2. 生活介護 3. 施設入所支援 4. 短期入所 5. 共同生活援助、6. 自立生活援助、7. 自立訓練（機能訓練・生活訓練） 8. 就労移行支援 9. 就労定着支援 10. 就労継続支援A型 11. 就労継続支援B型 12. 児童発達支援 13. 放課後等デイサービス 14. 居宅訪問型児童発達支援 15. 保育所等訪問支援 16. 障害児入所施設（医療型・福祉型）	
業 務 期 間 ※変更届の変更年月日以降の期間を記入。	西暦 2023年 12月 1日～ 2024年 6月 30日 (0年 7月間：6月以上あること、見込み不可)	
	備考：	
うち業務に従事した日数	143日	※変更届の変更年月日以降の日数を記入 (休日、休暇は差し引く) ※日数は必須。無い場合は不備として取り扱う
業務内容 ※管理者のみ不可 (下段注参照)	職名	児童発達支援管理責任者、保育士
	具体的な職務内容	障がいを持った児童に対しての日常生活動作等の訓練等を行っている。 みなしで児童発達支援管理責任者として職務に当たる。 ※個別支援計画書作成の一連の業務を行った件数 (12) 件

- (注)
- 施設・事業所名欄には、名称と事業所番号を必ず記入してください。
 - 業務期間欄は、証明を受ける者が障がい者に対する直接的な援助を行っていた期間を記入すること。（産休・育休・療養休暇や長期研修期間等は業務期間となりません）
 - 1年以上の実務経験とは、業務に従事した期間が1年以上であり、かつ実際に業務に従事した日数が1年あたり180日以上であること。
 - 具体的な職務内容欄は具体的に記入し、個別支援計画作成の一連の業務を行った件数を記入すること（記入例参照）
 - 証明内容を訂正した場合の訂正印は、証明権者の公印を押印してください。なお、修正液・修正テープによる訂正は認められません。
 - 一か所でも空欄がある場合、書類不備として取り扱います。すべてご記入ください。