

実務経験証明書

※この証明書は 2026 年度 実践研修カテゴリ-B(変更届出書提出後)専用です。

事業所所在地	〒812-0011 福岡県福岡市博多区〇〇〇
法人名称	社会福祉法人 △△△
事業所名称	放課後等デイサービス さくら
代表者・役職者名 (公印)	福祉 太郎 公印
電話番号	092-●●●●-●●●●

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) 2026 年 3 月 14 日
氏名	(ふりがな) ふくおか はなこ 福岡 華子
施設・事業所名称	放課後等デイサービス さくら
事業所番号	●●●●●●
施設・事業所の種別 ※指定権者から指定を受けた事業の 数字に○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・B 型 11.児童発達支援 12.放課後等デイサービス 13.居宅訪問型児童発達支援 14.保育所等訪問支援 15.障害児入所施設(医療型・福祉型)
業務期間 ※6ヶ月(90日)以上、見込み不可	(西暦) 2023 年 12 月 1 日 ~ 2024 年 7 月 3 日 0 年 6 ヶ月 3 日
備考	
うち従事した日数	143 日
業務内容	職名(※管理職のみ不可) 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なっている。 2人目の児童発達支援管理責任者として職務にあたる。
個別支援計画書作成の一連の業務を行った件数(※10件以上)	12 件

※書類の右欄太枠内に空欄がある場合は、書類不備とみなします。記入不要欄は斜線を引いてください。

※実務経験証明書の作成に関する「注意事項」を必ずご確認の上、作成をお願いいたします。

実務経験証明書の作成に関する注意事項

※実務経験証明書は、被証明者が実際に業務に従事していた事業所を運営する法人又は事業所が作成してください。書類の作成を依頼する際には、「記入例」および「注意事項」を添付して依頼してください。

※在籍していた事業所が複数ある場合は、必ず在籍していた各事業所が、それぞれ証明書を作成してください。受講希望者が現在在籍している事業所が、他の事業所分の証明書を作成することはできません。

〈公印〉

- ・押印がない場合は、書類不備とみなします。
- ・訂正には、押印した公印と同じ印鑑を押印してください。

〈事業所番号〉

- ・障害福祉事業・介護老人福祉事業以外（学校、病院、保育園等）は記入不要です。

〈業務期間〉

- ・証明を受ける者が障害児・者や要支援・要介護者に対する援助を行っていた期間を記入してください。
- ・6カ月（90日）以上の実務経験とは、業務に従事した期間が6カ月以上であり、かつ実際に業務に従事した日数が6カ月あたり90日以上となります。
- ・うち従事した日数は、休日、有給・産前後・育児・療養休暇や長期研修期間等を差し引き、実際に障害児・者や要支援・要介護者に対する援助に従事した日数を記入してください。
- ・1日とは、フルタイムでも1時間でも、業務に従事した場合は1日と数えます。
- ・実践研修カテゴリ-Bは見込み不可です。
- ・「サービス管理責任者等基礎研修」と「相談支援従事者初任者研修講義部分」の両研修修了年月日以降かつ変更届出書に記載のある変更年月日以降の業務期間のみ記入できます。

例：サービス管理責任者等基礎研修修了年月日…2024年8月13日

相談支援従事者初任者研修講義部分修了年月日…2025年5月31日

変更届出書に記載のある変更年月日…2025年1月1日

答：変更届出書の変更年月日より後に相談支援従事者初任者研修講義部分を修了している場合は、実務経験（OJT）を変更年月日以降からカウントすることはできません。

この場合、相談支援従事者初任者研修講義部分の修了日である2025年5月31日以降となります。

〈職名〉

- ・業務に従事していた際の職名を記入してください。
（例：みなしサービス管理責任者、2人目の児童発達支援管理責任者・児童指導員、看護師等）
- ・管理者や代表者、校長等の管理職は管理業務に従事しているとみなすため、実務経験に含まれません。管理業務以外の障害児・者や要支援・要介護者に対する援助業務や個別支援計画書作成の一連の業務の兼務が認められている場合は、その職名を記入してください。

〈業務内容〉

- ・みなしのサービス管理責任者等として業務を行っていることが分かるように記入してください。また、援助業務を兼務している場合は、その業務に従事していたことが分かるように記入してください。
- ・個別支援計画書作成の一連の業務については、厚生労働省障害福祉課 令和5年3月31日 事務連絡「サービス管理責任者等研修の取扱い等に関するQ&Aについて」をご確認ください。

実務経験証明書

※この証明書は 2026 年度 実践研修カテゴリーB(変更届出書提出後)専用です。

事業所所在地	〒	
法人名称		
事業所名称		
代表者・役職者名 (公印)		公印
電話番号		

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) 年 月 日		
氏名	(ふりがな)		
施設・事業所名称			
事業所番号			
施設・事業所の種別 ※指定権者から指定を受けた事業の 数字に○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・B 型 11.児童発達支援 12.放課後等デイサービス 13.居宅訪問型児童発達支援 14.保育所等訪問支援 15.障害児入所施設(医療型・福祉型)		
業務期間 ※6ヶ月(90日)以上、見込み不可	(西暦) 年 月 日 ~ 年 月 日 ----- 年 月 日		
備考			
うち従事した日数	日		
業務内容	職名(※管理職のみ不可)		
	具体的な職務内容		
個別支援計画書作成の一連の業務を行った件数(※10件以上)	件		

※ 書類の右欄太枠内に空欄がある場合は、書類不備とみなします。記入不要欄は斜線を引いてください。

※ 実務経験証明書の作成に関する注意事項を必ずご確認の上、作成をお願いいたします。