令和　　　年　　　月　　　日

実務経験証明書

（実務経験６か月以上２年未満の方）

事業所所在地：

事　業　所　名：

代表者職 氏 名：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 職印

　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。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 氏 名 |  | 生年月日 |
| S ・ H　　 年　　 月　　 日生 |
| 条件 | □「基礎研修」受講時に既に実務経験者である。（相談支援業務又は直接支援業務に３～８年従事している者。）  □ＯＪＴ（個別支援計画（の原案）の作成）を概ね１０件以上の作成を６カ月以上行った。  □指定権者へ届出をしている。 | |
| 実務経験の内容 | （基礎研修終了後、以下のいずれかの業務に６カ月以上従事すること）  □サービス管理責任者等が配置されている事業所において、個別支援計画の原案の作成までの一連の業務を行う場合  □やむを得ない事由によりサービス管理責任者等を欠いている事業所において、サービス管理責任者等とみなして従事し、個別支援計画の作成の一連の業務を行う場合  ※なお、実務経験として認められるのは、概ね１０回以上このような業務を行うこと。 | |
| 実務従事期間  （基礎研修終了後から実践研修受講日前日までの従事期間を記入） | 自　　　　年　　　　月　　　　日  至　　　　年　　　　月　　　　日　　　（　　　　年　　　　ヶ月） | |
| 連絡事項 |  | |

＜留意事項＞

**１**　**実務経験証明書に記載の就業状況等について、確認を行いますので正確に記入してください。**

**２　次の場合には、実務経験証明書として無効となりますのでご注意ください。**

**・証明権限を有する者（実務従事期間に勤務していた事業所等の代表者）の印のないもの**

**・施設又は事業所名、実務従事期間の記入もれ及び不明なもの**