実 務 経 験（見 込）証 明 書（令和５年度版）

令和　　年　　　月　　　日

　　鹿児島国際大学　学長　様

法 人 名

事業所名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　㊞

代表者氏名

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。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| フリガナ |  | 生 年 月 日 |
| 氏　名 |  | 昭和 ・ 平成　　 　年　 　月　 　日 |
| 事業所名 |  |
| 事業所の所在地 | 〒 | TEL - - |
|  |
| 証明業務担当者（職名：　　　　　　　　　　　　　氏名：　　　　　　　　　　　　　） |
| 業務期間 | 注３昭和・平成・令和　 　年　　月　　日 ～ 昭和・平成・令和　　 年　　月　　日（満了・見込） |
| 期間：　　　　年　　　　か月勤務　　注3：令和　　年　　月　　日（満了・見込）（注2：療養休暇，育児休暇，休職等で相談・直接支援等の勤務に従事しなかった期間は除く）※従事しなかった期間（療養休暇　□期間：　　　 年　　　月～　　　 年　　　月　育児休暇　□期間：　　　 年　　　月～　　　 年　　　月） |
| ※児童発達支援管理責任者の取得を希望する方は必須事項 | うち 児童又は障害者に対する支援経験年数期間：　　　年　　　か月勤務　　注3：令和　　年　　月　　日（満了・見込）**（児童福祉施設又は児童福祉に係る事業における児童又は，障害児・者に対する支援を内容とする業務に従事した期間をいう）** |
| 業務内容 | 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 |
| 備考欄 | 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 |

※保育所・福祉施設等の場合

□ 認可　　□ 認可外

注1：

1年あたり

180日以上必要

注１　実務経験は，実際に業務に従事した日数が1年あたり**180日以上**あることが必要です。

注２　「業務期間」欄は，実務経験被証明者が利用者に対する直接的な支援を行っていた期間を記入してください。

　　　※業務に従事した期間＝就業期間内に従事した期間（療養休暇，育児休暇，休職等で相談・直接支援等に従事しなかった期間を除きます）。

注３　①**申込月初日(R5.10/1)までに実務経験年数を満たしている方**…「注3：令和5年9月30日（満了・~~見込~~）」で記入してください。

　　　②**申込月初日(R5.10/1)までに実務経験年数を満たしておらず，研修月初日(R6.1/1)までに満たす見込の方**…２回，証明書の提出が必要です。

（1回目）10月のお申込みの際は，満たす見込みの日付で記入してください。「例：令和5年12月31日（~~満了~~・見込）」

（2回目）実務経験年数を満たした時点(日付)で，改めて本書類を提出してください。「例：令和5年12月31日（満了・~~見込~~）」

　　　　※２回目の提出が確認されない場合，受講資格を取り消す場合がありますので，ご留意ください。

注４　「業務内容」欄は，事業所名と障害者に対する(直接・相談)業務に従事したことがわかるように具体的に記載してください。

　　　記載例：「○○事業所において，障害者に対する○○業務（身体介護，生活指導，職業指導，職業相談，相談業務等）に従事。」

　　　※「直接支援業務」の定義は，「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ものに対して訓練等に関する指導を行う業務」が含まれますので，これを明確にしてください。

注５　研修会を不正に受講して資格を取得した場合は，取得した資格を取り消しますのでご留意ください。