（別紙２）

令和６年度山梨県サービス管理責任者及び児童発達支援管理責任者実践研修

実　務　経　験　証　明　書

（OJT期間が２年以上で受講される方）

社会福祉法人山梨県障害者福祉協会理事長　殿

施設または事業所所在地

　　　　　　　　　　〒

　　　　　　　　　　法人名

施設名・事業所名

代表者職・氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　印

電話番号

（１）の実務経験は（２）の通りであることを証明します。

（１）

|  |  |
| --- | --- |
| 氏名 |  |
| 生年月日 | 年　　　月　　　日 |
| （２） |  |
| 業務期間 | 年　　月　　日　～　　　　年　　月　　日  （計　　　年　　　ヶ月・業務日数　　　　日） |
| 施設または事業所名 | 施設または事業所の種別（　　　　　　　　　　　　　） |
| 業務内容 | 業務区分（　相談支援業務　・　直接支援業務　）  具体的な内容 |
| 資格名称  （取得年月日） | （　　　　年　　月　　日） |

※業務期間につきましては、令和6年5月31日現在（見込）でご記入下さい。