（別紙３）

令和７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６ヶ月以上２年未満で受講される方）

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

　　　　　　　　　　〒　　　　　住所

　　　　　　　　　　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（当てはまる方に✓をして下さい。） | □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に従事している。□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等において、サービス管理責任者等としてみなし配置され、個別支援計画の作成の一連の業務に従事している。 |
| 個別支援計画の作成の一連の業務の実施回数 | 　　　　　　　　　　　　　回 | ※主な対象業務・利用者について面接した上でアセスメントを行う・アセスメント及び支援内容の検討結果に基づき個別支援計画の原案を作成する・個別支援計画の作成に係る会議を開催し、原案の内容について担当者等から意見を求める・原案について利用者または家族に説明し、文書により同意を得て個別支援計画を交付する・定期的に個別支援計画の実施状況の把握及び利用者について継続的なアセスメント（モニタリング）を行い、必要に応じて個別支援計画の変更を行う |

※基礎研修修了後の実務経験をご記入下さい。

※業務期間につきましては、令和７年４月２４日現在（見込）でご記入下さい。

※上記の業務期間内に、個別支援計画の作成の一連の業務を、少なくとも概ね計１０回以上行っている必要があります。