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更新研修

実　務　経　験　証　明　書

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 | 職名（　　　　　　　　　　　　　　　　）具体的な内容 |

※職名欄は、サービス管理責任者、児童発達支援管理責者 等をご記入ください。

※通算２年以上は満たしているが１事業所だけでは２年を満たない場合は実務をしていた別事業所の管理者にこの書面を記載してもらい提出してください。