

実務経験（見込）証明書

証明日 令和 年 月 日

エンビット福祉カレッジ 殿

法人等の名称

施設・事業所等の名称

〒 -

施設・事業所等の所在地

代表者職氏名
(法人又は施設・事業所等)

印

法人・事業所等連絡先

問合せ担当者氏名

問合せ担当者連絡先

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。

ふりがな	生年月日					
	氏名	昭和	年	月 日		
		平成				
勤務している (していた) 施設又は事業所	名称					
	所在地	〒 -				
	実務経験一覧表における業務の区分等 ※実務経験一覧表を参照					
	別表の種類	業務の区分 ※該当する方に○	記号	事業・施設等の種類		
【別表1】 サービス管理責任者	【第1号】相談支援の業務 【第2号】直接支援の業務		()			
業務内容	職名	具体的 業務内容				
業務従事期間	令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日					
	【上記の業務従事期間内に療養休暇、育児休暇、休職等の業務に従事していない期間がある場合に記載してください】					
	令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日					
	令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日					
	従事年数	年 か月	※業務に従事していない期間を除き、業務に従事した年数・月数を記入してください。	従事日数	日	※休日、有給休暇等を除き、実際に業務に従事した日数を記載してください。

※別紙「実務経験（見込）証明書の作成に関する注意事項」を参照の上、不備がないよう証明書を作成してください。

※事業所（種別）・期間ごとに作成してください。

※事業所印（法人印）による訂正印がなく訂正された場合、本証明書は無効となります。

※受講希望者が作成した場合、本証明書は無効となります。（受講者が代表者の場合は除く。）

※理由の如何にかかわらず、本様式以外の証明書は無効となります。

【重要】

証明書の発行を依頼する際は必ず、本様式と一緒に、別表1「実務経験一覧表」、別紙「実務経験（見込）証明書の作成に関する注意事項」、「記載例」も証明発行担当者に渡してください。

実務経験(見込)証明書の作成に関する注意事項

- ・実務経験(見込)証明書は、法人又は事業所等の代表者が被証明者の実務経験について証明してください。

【勤務している(していた)施設又は事業所】

- ・名称の欄については、施設又は事業所の名称を正確に記載してください。
- ・実務経験一覧表における業務の区分等については、別表1「実務経験一覧表」の中から該当するものを選択し、記載してください。

【業務内容】

- ・職名は、業務に従事していた際の職名を記載してください。
- ・具体的内容は、従事している(していた)業務が、実務経験一覧表に示す「相談支援の業務」又は「直接支援の業務」に該当していることがわかるよう、できるかぎり具体的に記載してください。

具体的ではない例

「放課後等デイサービスにおいて、直接支援業務に従事」	⇒ ×
「障害者支援施設において、相談支援業務に従事」	⇒ ×

- ※ 上記のように記載された場合、利用者に対してどのような支援を行っていたのか、どのような内容の相談を受けていたのかが読み取れません。誰が見ても業務の内容が理解できるよう、具体的に記載してください。

【業務従事期間】

- ・サービス管理責任者実践研修(以下「実践研修」という。)の受講には、サービス管理責任者基礎研修修了日以後、実践研修受講日前までの間に2年以上の実務経験が必要となります。基礎研修修了日前に従事した期間は、実践研修の受講要件となる実務経験には該当しないため、御注意ください。

【従事年数】

- ・療養休暇、育児休暇、休職等により、「相談支援の業務」又は「直接支援の業務」に従事しなかった期間は除いて計算してください。
- ・ある月に1日でも業務に従事していれば、1か月とカウントしてください。

例: 1月31日～3月1日 ⇒ 3か月

【従事日数】

- ・業務従事期間内で、週休日等の勤務していない日を除き、実際に「相談支援の業務」又は「直接支援の業務」に従事した期間を記載してください。
- ・業務時間が1時間など短時間であっても、1日とカウントしてください。
- ・有給休暇日は賃金が発生するだけで、業務には従事していないため、従事日数には含めません。

実務経験（見込）証明書

証明日 令和 5 年 月 日

エンビト福祉カレッジ 殿

法人等の名称 株式会社●●

施設・事業所等の名称 エンビト福祉カレッジ

〒 001 - 0018

施設・事業所等の所在地 北海道札幌市北区●●●●

代表者職氏名 (法人又は施設・事業所等) 管理者 札幌 みらい

法人・事業所等連絡先 0120-222-905

問合せ担当者氏名 札幌 みらい

問合せ担当者連絡先 0120-222-905

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。

ふりがな	さっぽろ えんびと			生年月日		
氏名	札幌 エンビト			昭和	元年 1 月 8 日	
				○ 平成		
勤務している (していた) 施設又は事業所	名称	株式会社●● グループホーム■			=事業種別例= ①療養介護 ②生活介護 ③自立訓練（機能訓練） ④自立訓練（生活訓練） ⑤施設入所支援 ⑥共同生活援助 ⑦自立生活援助 ⑧就労移行支援 ⑨就労継続支援A型 ⑩就労継続支援B型 ⑪就労定着支援	
	所在地	〒 001 - 0018 札幌市北区●-■-▲				
	実務経験一覧表における業務の区分等 ※実務経験一覧表を参照					
	別表の種類	業務の区分 ※該当する方に○	記号	事業・施設等の種類		
【別表1】	【第1号】相談支援の業務	イ	障害福祉サービス事業 (共同生活援助)			
サービス管理責任者	○ 【第2号】直接支援の業務					
業務内容	職名	生活支援員	具体的 業務内容	要支援者に対する入浴や排せつ、食事等の日常生活の支援		
業務従事期間	令和 2 年 10 月 1 日 ~ 令和 5 年 7 月 29 日					
	【上記の業務従事期間内に療養休暇、育児休暇、退職等の業務に従事していない期間がある場合に記載してください】					
	令和 2 年 2 月 1 日 ~ 令和 2 年 3 月 31 日 退職					
	令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日					
従事年数	2 年 8 か月	※業務に従事していない期間を除き、業務に従事した年数・月数を記入してください。	従事日数	595 日	※休日、有給休暇等を除き、実際に業務に従事した日数を記載してください。	

※別紙「実務経験（見込）証明書の作成に関する注意事項」を参照の上、不備がないよう証明書を作成してください。

※事業所（種別）・期間ごとに作成してください。

※事業所印（法人印）による訂正印がなく訂正された場合、本証明書は無効となります。

※受講希望者が作成した場合、本証明書は無効となります。（受講者が代表者の場合は除く。）

※理由の如何にかかわらず、本様式以外の証明書は無効となります。

【重要】

証明書の発行を依頼する際は必ず、本様式と一緒に、別表1「実務経験一覧表」、別紙「実務経験（見込）証明書の作成に関する注意事項」、「記載例」も証明発行担当者に渡してください。

(別表1)

サービス管理責任者実践研修の受講要件となる実務経験一覧表

【受講要件】

サービス管理責任者基礎研修（以下「基礎研修」という。）の修了日以後、サービス管理責任者実践研修（以下「実践研修」という。）受講日前までの間に2年以上の実務経験（下表の第1号又は第2号の業務に従事していること）が必要です。

※基礎研修修了後、経過措置によるみなし配置によりサービス管理責任者として従事している方は、上記の受講要件を満たした上で、基礎研修修了日から3年を経過する日までに実践研修を修了する必要があります。

第1号【相談支援の業務】

ア〜キに掲げる施設等で、相談支援の業務（身体上若しくは精神上の障害があること又は環境上の理由により日常生活を営むのに支障がある者の日常生活の自立に関する相談に応じ、助言、指導その他の支援を行う業務）に従事した期間

記号	事業・施設等の種類	第2号と通算して2年以上
ア	地域生活支援事業、障害児相談支援事業、身体障害者相談支援事業、知的障害者相談支援事業	
イ	児童相談所、身体障害者更生相談所、精神障害者社会復帰施設、知的障害者更生相談所、発達障害者支援センター、福祉に関する事務所（福祉事務所、保健所等）	
ウ	老人福祉施設（老人デイサービスセンター、老人短期入所施設、養護老人ホーム、特別養護老人ホーム、軽費老人ホーム、老人福祉センター、老人介護支援センター）、障害者支援施設、障害児入所施設、精神保健福祉センター、救護施設、更生施設、介護老人保健施設、介護医療院、地域包括支援センター、	
エ	障害者職業センター、障害者就業・生活支援センター	
オ	特別支援学校	
カ	病院・診療所【※1】	
キ	○その他これらに準ずる施設等【※2】 児童心理治療施設、認知症対応型老人共同生活援助事業、居宅介護支援事業、仙台市障害者就労支援センター、仙台市障害社地域活動推進センター、一般相談支援事業、特定相談支援事業、被災者の心のケア支援事業【※3】	

第2号【直接支援の業務】

ア〜カに掲げる施設等で、直接支援の業務（身体上若しくは精神上の障害があることにより日常生活を営むのに支障がある者につき、入浴、排せつ、食事その他の介護を行い、並びにその者及びその介護者に対して介護に関する指導を行う業務又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（以下「訓練等」という。）を行い、並びにその訓練等を行う者に対して訓練等に関する指導を行う業務 その他の職業訓練又は職業教育に係る業務）に従事した期間

記号	事業・施設等の種類	第1号と通算して2年以上
ア	老人福祉施設（老人デイサービスセンター、老人短期入所施設、養護老人ホーム、特別養護老人ホーム、軽費老人ホーム、老人福祉センター、老人介護支援センター）、障害者支援施設、障害児入所施設、介護老人保健施設、介護医療院、療養病床関係病室【※4】	
イ	障害福祉サービス事業（居宅介護、重度訪問介護、同行援護、行動援護、療養介護、生活介護、短期入所、重度障害者等包括支援、施設入所支援、自立訓練、就労移行支援、就労継続支援、就労定着支援、自立生活援助、共同生活援助）、障害児通所支援事業（児童発達支援、医療型児童発達支援、放課後等デイサービス、居宅訪問型児童発達支援、保育所等訪問支援）、老人居宅介護等事業	
ウ	病院、診療所、薬局、訪問看護事業所	
エ	特例子会社【※5】、助成金受給事業所【※6】	
オ	特別支援学校	
カ	○その他これらに準ずる施設等【※2】 市町から補助金又は委託により運営されている小規模作業所、児童心理治療施設、仙台市障害者家族支援等推進事業、認知症対応型老人共同生活援助事業	

語義の整理等

表中の用語の語義は、以下に例示するもののほか、厚生労働省告示に拠ります。

※1 病院・診療所（第1号 相談支援の業務の「カ」の場合のみ）

社会福祉主事任用資格者、訪問介護員2級以上に相当する研修の修了者、下記の【国家資格等】欄に掲げる資格を有している者又は第1号のア～オ・キに掲げる施設等で従事した期間が1年以上の者に限ります。

【国家資格等】

医師、歯科医師、薬剤師、保健師、助産師、看護師、准看護師、理学療法士、作業療法士、社会福祉士、介護福祉士、視能訓練士、義肢装具士、歯科衛生士、言語聴覚士、あん摩マッサージ指圧師、はり師、きゅう師、柔道整復師、管理栄養士、栄養士、精神保健福祉士

※2 その他これらに準ずる施設等

本県では、1ページの表に記載の施設等のみが該当します。

※3 被災者の心のケア支援事業

本県では、次の事業のみが該当します。

- (1) 東日本大震災に係る宮城県障害者自立支援特別対策事業実施要綱（平成23年12月22日施行）に基づく東日本大震災に係る宮城県障害者自立支援特別対策事業のうち被災者の心のケア支援事業
- (2) 東日本大震災に係る宮城県被災者の心のケア支援事業実施要綱（平成25年4月1日施行）に基づく事業
- (3) 精神障害者アウトリーチ推進事業（震災対応型）実施要綱（平成23年8月3日施行）に基づく事業

※4 療養病床関係病室

病院又は診療所の病室であって医療法第7条第2項第4号に規定する療養病床に係るもの

※5 特例子会社

障害者の雇用の促進等に関する法律第44条第1項に規定する子会社

※6 助成金受給事業所

障害者の雇用の促進等に関する法律第49条第1項第6号に規定する助成金の支給を受けた事業所

※「厚生労働省告示」

⇒ 指定障害福祉サービスの提供に係るサービス管理を行う者として厚生労働大臣が定めるもの（平成18年9月29日厚生労働省告示第544号）

※「障害者総合支援法」

⇒ 障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律（平成17年法律第123号）

※ここで、1年以上の実務経験とは、業務に従事した期間が1年以上であり、かつ、実際に業務に従事した日数が1年あたり180日以上であることを言います。

例えば、5年以上の実務経験であれば、業務に従事した期間が5年以上であり、かつ、実際に業務に従事した日数が900日以上であることを言います。

（平成18年6月23日厚生労働省事務連絡）

※自身の実務経験が本表のいずれに該当するか不明な場合は、事業の運営主体や施設の設置主体等に御確認ください。