

令和4年度栃木県サービス管理責任者・児童発達支援管理責任者基礎研修  
実務経験証明書

(特非)栃木県障害施設・事業協会

菊地 達美 会長 様

受講者氏名



受講者住所 〒

※実務経験の証明に資格を伴う場合は資格を証明できる写しを添付してください。

## ① 【現在勤務している施設・事業所】証明先の記入欄

注) 令和4年5月1日時点で記入してください。

在職年数: 年 月 ~ 令和 年 月 (計 年 ヶ月)

施設・事業の種別:

具体的業務の内容:

上記の実務経験について証明する。

法人・施設名

代表者名



## ② 証明先の記入欄

在職年数: 年 月 ~ 年 月 (計 年 ヶ月)

施設・事業の種別:

具体的業務の内容:

上記の実務経験について証明する。

法人・施設名

代表者名



## ③ 証明先の記入欄

在職年数: 年 月 ~ 年 月 (計 年 ヶ月)

施設・事業の種別:

具体的業務の内容:

上記の実務経験について証明する。

法人・施設名

代表者名

