

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実践研修
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 〒

※令和元年4月1日～令和4年6月1日の証明を記載してください。

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6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

