

令和6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

施設又は事業所名


受講者氏名



受講者住所 〒

※令和2年4月1日～令和6年6月1日の証明を記載してください。ただし、《OJT6カ月》の方は①のみ記入

① 【現在勤務している施設・事業所】証明先の記入欄	注) 令和6年6月1日時点で記入してください。
業務期間：令和 年 月 ～ 令和 年 月 (計 年 ヶ月)	
うち業務に従事した日数： 日	
施設・事業の種別：	
職名：サビ管・児発管・管理者・その他 () ※該当するものを○で囲む、または記入	
業務の内容：	
上記の実務経験について証明する。	
法人名：	
施設又は事業所名	
施設・事業所住所	
施設長又は管理者名	



② 前職の証明欄	
業務期間：令和 年 月 ～ 令和 年 月 (計 年 ヶ月)	
うち業務に従事した日数： 日	
施設・事業の種別：	
職名：サビ管・児発管・管理者・その他 () ※該当するものを○で囲む、または記入	
業務の内容：	
上記の実務経験について証明する。	
法人名：	
施設又は事業所名	
施設・事業所住所	
施設長又は管理者名	

