

令和8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

会長 菊地 月香 様

施設又は事業所名

受講者氏名



受講者住所 〒

※令和4年4月1日～令和8年5月1日の証明を記載してください。ただし、「OJT 6 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8年5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

