

令和 5 年度山形県障がい者相談支援従事者研修（初任者研修）申込に係る

実務経験証明書

氏名 _____

○実務経験年数（1）

従事期間	平成・令和____年____月～平成・令和____年____月	
	計	____年____月（業務に従事した日数 日）
所属機関		
所属機関の種別	別添 1 「 _____ の（ ） 」	
業務の範囲	<input type="checkbox"/> 相談支援の業務	<input type="checkbox"/> 介護等の業務
具体的業務内容	(上記期間中、実際に行っていた業務の内容を記入してください)	

○実務経験年数（2）

従事期間	平成・令和____年____月～平成・令和____年____月	
	計	____年____月（業務に従事した日数 日）
所属機関		
所属機関の種別	別添 1 「 _____ の（ ） 」	
業務の範囲	<input type="checkbox"/> 相談支援の業務	<input type="checkbox"/> 介護等の業務
具体的業務内容	(上記期間中、実際に行っていた業務の内容を記入してください)	

※ 記入についての留意事項

- ① 「所属機関の種別」には別添 1 を参考に該当する番号を記入して下さい。（例：ロの（一）、ハの（二））
- ② 証明する欄が足りない場合は、適宜コピーしてください。
(複数の事業所からの証明が必要な場合は事業所毎に作成していただいても構いません。)
- ③ 証明に資格が伴う場合は、資格を証明できる書類の写しを必ず添付してください。
- ④ 産休・育休・療養休暇や長期研修期間等は従事期間となりません。
- ⑤ 管理者は実務経験に含まれません。兼務の場合は管理者以外の業務を記入してください。
- ⑥ 上記内容に虚偽の記載が認められた場合には、受講申込を取り消し、今後の申込を受け付けません。
- ⑦ 本証明書は、研修受講の可否を決定するに当たっての参考資料として提出いただくものです。事業所に配置される際には、別途、実務経験の内容についての審査等が行われますので、あらかじめ御了承願います。

所属法人（事業所）証明欄		
次の者に標記研修を受講させたいので申し込みます。 また、『やまがた e 申請 山形県電子申請サービス』に入力し、送信しました。 なお、上記申込内容について相違ないことを証明します。		
令和5年 月 日		
法人（事業所）名		
所在地	〒	
電話番号		
代表者 (管理者)	職名	
	氏名 (自署)	

受講申込者署名
本研修の受講申込にあたり、実施要綱の内容に了承し、虚偽なく記載しました。 <div style="text-align: right;">令和5年 月 日</div> <div style="text-align: center;">受講申込者署名（自署）</div>