

児童発達支援管理責任者用
--------------

記入例
-----

令和6年度山形県サービス管理責任者研修（基礎研修）  
及び児童発達支援管理責任者研修（基礎研修）申込に係る

### 児童発達支援管理責任者実務経験証明書

受講者申込者氏名 山形 太郎

実務経験年数通算	相談支援業務	合計	6	年	0	月
	直接支援業務	合計		年		月
保有資格	実務経験に関連する国家資格及び社会福祉主事任用資格者等のみ記載 記載した資格の写しを必ず添付してください <b>社会福祉士</b>					

#### 実務経験年数（1）

従事期間	平成30年 4月～令和6年 3月					
施設名・事業所名	○	○	<b>「障がい福祉サービス等の種別」：生活介護、短期入所、就労継続支援 A 型、就労継続支援 B 型、放課後等デイサービス等のサービス種別を記載してください。</b>			
障がい福祉サービス等の種別	○	○				
業務の範囲		相談支援業務	○	直接支援業務		
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） <b>職業指導員として利用者の指導、業務指導</b>					

#### 実務経験年数（2）

**実務経験については、(別添2)を参照のうえ、必要年数を記載してください。**  
**児童発達支援管理責任者の事業所申請をした際に、該当にならない実務経験を記載してこられる方が多いので、注意してください。**

**【例】**

・老人福祉施設の事業所のみの実務経験

→該当しません。

・塾講師

→該当しません

・職名看護師なのに職務が相談支援業務

→「相談支援業務」(ケースワーカー等)で実務経験証明書がとれるかで判断してください。

※ 記入についての留意事項

- ①実務期間は令和6年9月30日見込みまでのものとします。
- 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。
- ③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。
- ④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。
- ⑤この証明書は、受講者をサービス管理責任者として配置予定の法人・事業所が作成してください。  
(研修受講資格確認のためのものであり、事業者指定要件を証明するものではありません。)
- 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。

事業所等（法人）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6年〇〇月〇〇日		
法人（事業所）名	社会福祉法人〇〇	
法人（事業所）所在地	〒 <b>XXX-XXXX</b> 山形市〇〇〇町〇丁目〇番地	
法人（事業所）電話番号	<b>XXX-XXX-XXXX</b>	
代表者 （管理者）	職名	理事長
	氏名 （自署または 代表印押印）	□□ □□ <span style="border: 1px solid red; border-radius: 10px; padding: 5px; display: inline-block;">押印</span>

電子申請の整理番号 申込完了画面又は申込完了通知メールに表示されている 12ケタの番号	<b>XXXXXXXXXXXXXX</b>
---	-----------------------