

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

実務経験証明書

受講希望者氏名 _____

基礎研修終了後の従事期間の合計

____年____月

実務経験年数（1）

従事期間	(基礎研修修了日以降)		(申込をする会場の研修開始日まで)	
	令和____年____月		～ 令和____年____月	
	計 ____年____月		(業務に従事した日数 日)	
施設名・事業所名				
施設・事業所のサービス種別				
業務の範囲		相談支援業務		直接支援業務
		サービス管理責任者		児童発達支援管理責任者
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	(基礎研修修了日以降)		(申込をする会場の研修開始日まで)	
	令和____年____月		～ 令和____年____月	
	計 ____年____月		(業務に従事した日数 日)	
施設名・事業所名				
施設・事業所のサービス種別				
業務の範囲		相談支援業務		直接支援業務
		サービス管理責任者		児童発達支援管理責任者
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 1年以上の実務経験とは、180日以上あることをいいます。基礎研修修了後、2年以上かつ360日以上の実務経験が必要です。
- ② 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。
- ③ 管理者は実務経験に含まれません。
- ④ 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。
- ⑤ 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6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 （自署または 代表印押印）

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	
---------------------------------------------------	--