別紙３

資格失効者

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

平成30年度以前のサービス管理責任者研修、児童発達支援管理責任者研修、相談支援従事者研修の修了状況を記載してください。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 研修受講履歴 | 分野 | 修了年月日 |
|  |  |  |
|  |  |  |

|  |
| --- |
| 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 |  |