

令和 5 年度山形県障がい者相談支援従事者研修（現任研修）申込に係る

実務経験証明書

受講申込者氏名 _____

○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）
所属事業所名		
所属機関の種別		基幹相談支援センター
		障害者相談支援事業
		指定（ 特定 ・ 障がい児 ・ 一般 ）相談支援事業所
		その他（ ）
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）
所属事業所名		
所属機関の種別		基幹相談支援センター
		障害者相談支援事業
		指定（ 特定 ・ 障がい児 ・ 一般 ）相談支援事業所
		その他（ ）
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 実務期間は、初任者研修修了以降の相談支援業務についての証明を記載ください。
- 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 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 （自署または 代表印押印）

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。
令和5年 月 日
受講申込者署名（自署）