

児童発達支援管理責任者用

令和 8 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 _____

実務経験年数通算	相談支援業務	合計	年	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 <u>必ず添付</u> してください			

実務経験年数（１）

従事期間	_____年____月～_____年____月			
	計 _____年____月 （業務に従事した日数 _____日）			
施設名・事業所名				
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）			

実務経験年数（２）

従事期間	_____年____月～_____年____月			
	計 _____年____月 （業務に従事した日数 _____日）			
施設名・事業所名				
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）			

※ 記入についての留意事項

- ①実務期間は令和 8 年 9 月 24 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、受講者を児童発達支援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。		
証明日 令和 8 年 月 日		
法人（事業所）名		
法人（事業所）所在地	〒	
法人（事業所）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	
--	--