

## 記入例

令和7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 山形 花子

| 研修修了状況                                     | 修了年月日                     |
|--------------------------------------------|---------------------------|
| 相談支援従事者研修（特別研修）又は（初任者研修）                   | 令和〇〇年〇〇月〇〇日（Ⅰ）            |
| サービス管理責任者研修（基礎研修）<br>又は児童発達支援管理責任者研修（基礎研修） | 令和□□年□□月□□日（Ⅱ）            |
| 上記記載した（Ⅰ）と（Ⅱ）の日付のうち、<br>修了日が遅い方を記入してください。  | 基礎研修修了日<br>令和□□年□□月□□日（Ⅲ） |

基礎研修終了後の従事期間の合計

年9月

条件（内容を確認し、チェック（✓）を入れてください。）

|   |                                                |
|---|------------------------------------------------|
| ✓ | 基礎研修受講日時時点で既に配置に係る実務経験要件を満たしている。               |
| ✓ | OJT（個別支援計画（の原案）の作成）を概ね10件以上の作成を6月以上行った。        |
| ✓ | 指定権者へ届出をしている。<br>※ 写しは社会福祉法人山形県社会福祉事業団へ提出している。 |

実務経験年数 ※ 基礎研修修了日翌日以降の実務経験のみ記入してください。

|                   |                                                                                        |
|-------------------|----------------------------------------------------------------------------------------|
| 従事期間<br>（基礎研修修了後） | 基礎研修修了日（Ⅲ）以降<br>令和 <u>7</u> 年 <u>1</u> 月 ～ 申込をする会場の研修開始日まで<br>令和 <u>7</u> 年 <u>9</u> 月 |
|                   | 計 年 <u>9</u> 月 （業務に従事した日数 <u>160</u> 日）                                                |
| 施設名・事業所名          | 放課後等デイサービス□□□                                                                          |
| 施設・事業所の<br>サービス種別 | 放課後等デイサービス                                                                             |
| 実施回数              | <u>15</u> 回<br>上記の業務従事期間内に個別支援計画の原案の作成までの一連の業務や個別支援計画の作成の一連の業務を行った回数を記載してください。         |

## ※ 記入についての留意事項

- ①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。
- ②管理者は実務経験に含まれません。
- ③施設・事業所のサービス種別、期間ごとに作成してください。証明する欄が足りない場合は、適宜コピーしてください。
- ④この証明書は、受講者をサービス管理責任者又は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。）
- ⑤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。
- ⑥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。

基礎研修受講日前の実務経験（基礎研修受講申込時の実務経験証明書を基に記入してください。）

|          |        |    |      |   |
|----------|--------|----|------|---|
| 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 | 5年8月 |   |

|                    |                           |         |   |         |
|--------------------|---------------------------|---------|---|---------|
| 従事期間<br>(基礎研修受講日前) | (基礎研修受講日前まで)              |         |   |         |
|                    | 令和元年4月 ～ 令和6年11月          |         |   |         |
|                    | 計 5年8月 (業務に従事した日数 1200 日) |         |   |         |
| 施設名・事業所名           | 放課後等デイサービス□□□             |         |   |         |
| 施設・事業所の<br>サービス種別  | 放課後等デイサービス                |         |   |         |
| 業務の範囲              |                           | 相談支援の業務 | ○ | 直接支援の業務 |

実務経験については、(別添1)(別添2)を参照のうえ、必要年数を記載してください。

サービス管理責任者又は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される方が多いので、注意してください。

【例】サービス管理責任者の場合(別添1参照)

- ・保育士として保育園に勤めていた  
→サービス管理責任者の実務経験に該当しません
- ・小学校・中学校教諭として勤務していた  
→特別支援学級の主に相談支援業務を担当していなければ該当しません
- ・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。

【例】児童発達支援管理責任者の場合(別添2参照)

- ・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。

5年数は合算

- ⑤施設・事業所のサービス種別、期間ごとに作成してください。証明する欄が足りない場合は、適宜コピーしてください。
- ⑥この証明書は、受講者をサービス管理責任者又は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。)
- ⑦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。
- ⑧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。<br>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。<br>なお、上記申込内容について相違ないことを証明します。 |                            |                                             |
| 記入日：令和 7 年〇〇月〇〇日                                                                                 |                            |                                             |
| 法人（事業所）名                                                                                         | 社会福祉法人〇〇                   |                                             |
| 所在地                                                                                              | 〒xxx-xxxx<br>山形市〇〇〇町〇丁目〇番地 |                                             |
| 電話番号                                                                                             | xxx-xxx-xxxx               |                                             |
| 代表者<br>(管理者)                                                                                     | 職 名                        | 理事長                                         |
|                                                                                                  | 氏 名<br>(自署または<br>代表印押印)    | <div> <div>□□ □□</div> <div>押印</div> </div> |

|                                                    |              |
|----------------------------------------------------|--------------|
| 電子申請の整理番号<br>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<br>12 ケタの番号 | XXXXXXXXXXXX |
|----------------------------------------------------|--------------|