

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 _____

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。

研修修了状況		修了年月日
相談支援従事者研修	特別研修	年 月 日
	初任者研修	年 月 日

研修修了状況		修了年月日
サービス管理責任者研修（平成30年度以前）	※（ ）分野	平成 年 月 日
児童発達支援管理責任者（平成30年度以前）		平成 年 月 日
令和元年度サービス管理責任者研修	基礎研修	令和 年 月 日
令和元年度児童発達支援管理責任者研修	基礎研修	令和 年 月 日

※複数ある場合、どれか1分野を記載してください。

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。	
記入日：令和7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	
---	--