

令和5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

児童発達支援管理責任者実務経験証明書（6月以上2年未満）

受講申込者氏名 _____

基礎研修終了後の従事期間の合計

____年____月

条件（内容を確認し、チェック（✓）を入れてください。）

<input type="checkbox"/>	基礎研修受講日時点で既に配置に係る実務経験要件を満たしている。
<input type="checkbox"/>	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。
<input type="checkbox"/>	指定権者へ届出をしている。 ※ 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

従事期間 （基礎研修修了後）	令和____年____月～令和____年____月
	計 ____年____月 （業務に従事した日数 ____日）
事業所名	
所属機関の種別	「所属機関の種別」には、別添2を参考に該当する番号を記入して下さい。 （例：Ⅰの（二）、Ⅱの（二））
	別添2「 ____ の（ ____ ）」 _____
業務内容 （内容を確認し、 チェック（✓）を入 れてください。）	<input type="checkbox"/> 利用者について面接した上でアセスメントを行う。
	<input type="checkbox"/> アセスメント及び支援内容の検討結果に基づき個別支援計画原案を作成する。
	<input type="checkbox"/> 個別支援計画の作成に係る会議を開催し、上記原案の内容について担当者等から意見を求める。
	<input type="checkbox"/> 個別支援計画原案の内容について利用者又はその家族に対して説明し、利用者の同意を得た上で、個別支援計画を利用者に交付する。
	<input type="checkbox"/> 定期的に個別支援計画の実施状況の把握及び利用者についての継続的なアセスメント（モニタリング）を行う（少なくとも6月に1回以上個別支援計画の見直しを行い、必要に応じて個別支援計画の変更を行う。）。

※ 記入についての留意事項

- ①実務期間は基礎研修修了日から令和5年10月31日までの（見込）のものとし、（基礎研修修了前の実務年数は合算できません）。
- ②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。
- ③管理者は実務経験に含まれません。
- 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。

基礎研修受講前の実務経験（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	年	月

従事期間 (基礎研修受講前)	_____年__月 ~ _____年__月		
	計 _____年__月	(業務に従事した日数 日)	
事業所名			
所属機関の種別	「所属機関の種別」には、別添2を参考に該当する番号を記入して下さい。 (例：Ⅰの(二)、Ⅱの(二))		
	別添2「 _____ の()」 _____		
業務の範囲	<input type="checkbox"/> 相談支援の業務	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 直接支援の業務
職種			

従事期間 (基礎研修受講前)	_____年__月 ~ _____年__月		
	計 _____年__月	(業務に従事した日数 日)	
事業所名			
所属機関の種別	「所属機関の種別」には、別添2を参考に該当する番号を記入して下さい。 (例：Ⅰの(二)、Ⅱの(二))		
	別添2「 _____ の()」 _____		
業務の範囲	<input type="checkbox"/> 相談支援の業務	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 直接支援の業務
職種			

保有資格（該当者のみ）※資格の写し提出

社会福祉主事主任 任用資格等	①社会福祉主事資格 ②介護職員初任者研修に相当する研修を修了した者（実務者研修、ヘルパー1級、2級含む） ③保育士 ④児童指導員任用資格者 ⑤精神障害者社会復帰指導員任用資格者	
	①～⑤のうち該当するもの	(_____)
国家資格等	資格の名称	
	資格取得日	

※ 記入についての留意事項

- ①基礎研修受講開始日前の実務経験期間についてご記入下さい（基礎研修受講開始日後の実務年数は合算できません）。
- ②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。
- ③管理者は実務経験に含まれません。
- 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）