

令和5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

サービス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	(実務経験資格を証明できる書類の写し <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)
所属機関名			
所属機関の種別	別添1「 _____ の () 」		
業務の範囲	<input type="checkbox"/> 相談支援業務	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 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)
所属機関名			
所属機関の種別	別添1「 _____ の () 」		
業務の範囲	<input type="checkbox"/> 相談支援業務	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 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「所属機関の種別」には、別添1を参考に該当する番号を記入して下さい。(例：aの(一)、bの(二))
- ②実務期間は令和5年7月31日見込みまでのものとします。
- ③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。
- ⑥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。
- ⑦この証明書は、受講者をサービス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。)
- ⑧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。		
令和5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）	

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
<u>受講申込者署名（自署）</u>