

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

サービス管理責任者実務経験証明書

受講申込者氏名 _____

基礎研修終了後の従事期間の合計

____年____月

実務経験年数（1）

従事期間	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））			
	別添1「____の（ ）」			
業務の範囲	<input type="checkbox"/>	相談支援業務	<input type="checkbox"/>	直接支援業務
	<input type="checkbox"/>	サービス管理責任者	<input type="checkbox"/>	児童発達支援管理責任者
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	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））			
	別添1「____の（ ）」 _____			
業務の範囲	<input type="checkbox"/>	相談支援業務	<input type="checkbox"/>	直接支援業務
	<input type="checkbox"/>	サービス管理責任者	<input type="checkbox"/>	児童発達支援管理責任者
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5年10月31日までの（見込）のものとしします。
 - 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。
- 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)	

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）