

令和6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 _____

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。）

	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。
	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。 ※ 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 （基礎研修終了後）	（基礎研修修了日以降）（申込をする会場の研修開始日まで） 令和____年____月 ～ 令和____年____月	
	計 ____年____月	（業務に従事した日数 ____日）
施設名・事業所名		
施設・事業所の サービス種別		
業務内容 （内容を確認し、 チェック（✓）を入 れてください。）		利用者について面接した上でアセスメントを行う。
		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。
		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。
		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。
		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。
- ④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	年	月

従事期間 (基礎研修受講日前)	(基礎研修受講日前まで)			
	____年____月 ~ ____年____月			
	計 ____年____月 (業務に従事した日数 ____日)			
施設名・事業所名				
施設・事業所のサービス種別				
業務の範囲	相談支援の業務		直接支援の業務	
業務の内容				

従事期間 (基礎研修受講日前)	(基礎研修受講開始日まで)			
	____年____月 ~ ____年____月			
	計 ____年____月 (業務に従事した日数 ____日)			
施設名・事業所名				
施設・事業所のサービス種別				
業務の範囲	相談支援の業務		直接支援の業務	
業務の内容				

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御記入ください（基礎研修受講開始日後の実務年数は合算できません）。
- ②1年以上の実務経験とは、180日以上あることをいいます。
- ③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。
- ④管理者は実務経験に含まれません。
- 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。

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6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	
---	--