

実務経験証明書

受講申込者氏名 \_\_\_\_\_

○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）
所属事業所名		
所属機関の種別	<input type="checkbox"/>	基幹相談支援センター
	<input type="checkbox"/>	委託相談支援事業所
	<input type="checkbox"/>	指定（ 特定 ・ 障がい児 ・ 一般 ）相談支援事業所
	<input type="checkbox"/>	その他（ _____ ）
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）
所属事業所名		
所属機関の種別	<input type="checkbox"/>	基幹相談支援センター
	<input type="checkbox"/>	委託相談支援事業所
	<input type="checkbox"/>	指定（ 特定 ・ 障がい児 ・ 一般 ）相談支援事業所
	<input type="checkbox"/>	その他（ _____ ）
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 相談支援業務の実務期間を記載してください。なお、直接支援は実務要件に含まれませんので御注意ください。  
※「相談支援」とは、基本相談支援、地域相談支援及び計画相談支援をいい、指定一般相談支援事業所、指定特定相談支援事業所、指定障がい児相談支援事業所、委託相談支援事業所及び基幹相談支援センターでの相談支援の業務が該当。
- ② 実務期間は、相談支援の実務経験として必要な期間を記載すれば足り、全経歴を記載する必要はありません。
- 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 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 3か所以上の実務経験を証明する欄が足りない場合は、適宜コピーしてください。
- 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
	(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 整理番号を記入してください。	
--	--