

令和8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

研修修了状況	修了年月日
相談支援従事者研修（特別研修）又は（初任者研修）	年 月 日 （Ⅰ）
サービス管理責任者研修（基礎研修） 又は児童発達支援管理責任者研修（基礎研修）	令和 年 月 日 （Ⅱ）
上記載した（Ⅰ）と（Ⅱ）の日付のうち、 修了日が遅い方を記入してください。	基礎研修修了日 令和 年 月 日 （Ⅲ）

基礎研修終了後の従事期間の合計

年 月

※ 基礎研修修了後から、実践研修開始日前5年間の実務経験を確認しています。
2年未満又は6年以上は無効となります。

実務経験年数 ※ 基礎研修修了日翌日以降の実務経験のみ記入してください。

従事期間	基礎研修修了日（Ⅲ）翌日以降 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		
業務の範囲	相談支援業務	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基礎研修終了後実践研修受講日前までの間に原則2年以上の実務経験が必要となります。基礎研修修了日前に従事した期間は、実践研修の受講要件となる実務経験には該当しないため、御注意ください。
- ②1年以上の実務経験とは、180日以上あることをいいます。基礎研修修了後、2年以上かつ360日以上の実務経験が必要です。
- 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施設・事業所のサービス種別、期間ごとに作成してください。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この証明書は、受講者をサービス管理責任者又は児童発達支援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。）
- ⑦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。
- ⑧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。
- ⑨基礎研修で修了されたサービス管理責任者、児童発達支援管理責任者、又は両方の修了証書が発行されます。

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。		
記入日：令和 8 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	
--	--