

令和 8 年度山形県サービス管理責任者研修（更新研修）  
及び児童発達支援管理責任者研修（更新研修）申込に係る

実務経験証明書

受講希望者氏名	
生年月日	

1. 現在、サービス管理責任者、児童発達支援管理責任者、管理者、相談支援専門員として従事している

従事期間 (令和 3 年 7 月 9 日～令和 8 年 7 月 8 日の 5 年間に従事した期間を記入)	令和 ____ 年 ____ 月～令和 ____ 年 ____ 月		
	計 ____ 年 ____ 月		
施設名・事業所名			
施設・事業所の所在地			
障がい福祉サービス等の種別			
職種 該当する職種に○をつけてください。		サービス管理責任者	管理者
		児童発達支援管理責任者	相談支援専門員

2. 本研修受講開始日前 5 年間に於いて、2 年以上サービス管理責任者、児童発達支援管理責任者、管理者、相談支援専門員として従事している場合（現在従事していない）

※上記 1 に該当する場合、記載は不要です。

従事期間 (令和 3 年 7 月 9 日～令和 8 年 7 月 8 日の 5 年間に従事した期間を記入)	令和 ____ 年 ____ 月～令和 ____ 年 ____ 月		
	計 ____ 年 ____ 月		
施設名・事業所名			
施設・事業所の所在地			
障がい福祉サービス等の種別			
職種 該当する職種に○をつけてください。		サービス管理責任者	管理者
		児童発達支援管理責任者	相談支援専門員

※ 記入についての留意事項

- ① 実務期間は令和 8 年 7 月 8 日見込みまでのものとします。
- ② 証明する欄が足りない場合は、適宜コピーしてください。
- ③ 同一法人において、他の事業所に異動した場合又は事業種別が変わった場合の証明については、用紙を分けて記入してください。
- 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。
- ⑤ 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。)
- ⑥ 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。		
		証明日                      令和8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）	

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	
---	--