

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

サービス管理責任者研修、児童発達支援管理責任者研修、相談支援従事者研修の修了状況を記載してください。

研修修了状況		修了年月日			
相談支援従事者研修	特別研修	平成	年	月	日
	初任者研修	平成	年	月	日
サービス管理責任者研修（平成 30 年度以前）	※（ ）分野	平成	年	月	日
児童発達支援管理責任者（平成 30 年度以前）		平成	年	月	日
サービス管理責任者研修	更新研修	令和	年	月	日
児童発達支援管理責任者研修	更新研修	令和	年	月	日

※複数ある場合、どれか 1 分野を記載してください。

※実践研修受講にあたっては、以前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	
--	--