別紙１

実務経験（ＯＪＴ）２年以上

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 |

実務経験年数（１）

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 従事期間 | （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 |  | | | | | | |
| 業務の範囲 |  | 相談支援業務 | | | |  | 直接支援業務 |
|  | サービス管理責任者 | | | |  | 児童発達支援管理責任者 |
| 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 | （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 |  | | | | | | |
| 業務の範囲 |  | 相談支援業務 | | | |  | 直接支援業務 |
|  | サービス管理責任者 | | | |  | 児童発達支援管理責任者 |
| 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**

①１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。

②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。

③管理者は実務経験に含まれません。

**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 | | |  |