

令和 5 年度山形県障がい者相談支援従事者研修（初任者研修）申込に係る

記入例

実務経験証明書

氏名 ○○ ○○

○実務経験年数（1）

従事期間	平成・令和 29 年 4 月～平成・令和 5 年 4 月	
	計 6 年 1 月（業務に従事した日数 1410 日）	
所属機関	相談支援事業所○○	
所属機関の種別	別添 1 「 ト の（ ） 」	相談支援事業所
業務の範囲	<input type="radio"/> 相談支援の業務	<input type="radio"/> 介護等の業務
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） 利用者の指導、相談業務	

当時（現在）の業務内容に照らし、
 「（別添 1）相談支援従事者の実務経験について」
 から該当する項目（イ～ト）を、証明する法人（事業所）が判断し、記入してください。

○実務経験年数（2）

従事期間	平成・令和 26 年 4 月～平成・令和 29 年 3 月	
	計 3 年 0 月（業務に従事した日数 1010 日）	
所属機関	障害者支援施設□□	
所属機関の種別	別添 1 「 ハ の（ 一 ） 」	障害者支援施設
業務の範囲	<input type="radio"/> 相談支援の業務	<input type="radio"/> 介護等の業務
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） 生活支援、介護職	

※ 記入についての留意事項

- ① 「所属機関の種別」には別添 1 を参考に該当する番号を記入して下さい。（例：ロの（一）、ハの（二））
- 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。
（複数の事業所からの証明が必要な場合は事業所毎に作成していただいても構いません。）
- ③ 証明に資格が伴う場合は、資格を証明できる書類の写しを必ず添付してください。
- 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 管理者は実務経験に含まれません。兼務の場合は管理者以外の業務を記入してください。
- 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。
- ⑦ 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5年〇月〇日	
法人（事業所）名	社会福祉法人〇〇〇
所在地	〒xxx-xxxx 山形市〇〇〇町〇丁目〇番地
電話番号	023-xxx-xxxx
代表者 (管理者)	職名 理事長
	氏名 (自署) □□ □□

受講申込者署名
本研修の受講申込にあたり、実施要綱の内容に了承し、虚偽なく記載しました。
令和5年〇月〇日
受講申込者署名（自署） 〇〇 〇〇