

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 \_\_\_\_\_

平成 30 年度以前の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。

研修受講履歴	分野	修了年月日

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	
--	--