

※該当の場合、
必ずご提出ください

実務経験証明書

証明年月日 令和 年 月 日

(証明者)

法人所在地 〒

法人名称

代表者名

電話番号

印

以下の内容について、相違ないことを証明します。

| | | | |
|--------------------|--|--|--|
| 受講者氏名 | | 生年月日 | |
| 受講要件 | <input type="checkbox"/> 初めて現任研修を受講 | <input type="checkbox"/> 過去5年間に2年以上の相談支援の実務経験がある。 | |
| ※該当するものに☑を入れてください。 | <input type="checkbox"/> 2回目以降の現任研修の受講 | <input type="checkbox"/> 過去5年間に2年以上の相談支援の実務経験がある。 <input type="checkbox"/> 現に相談支援業務に従事している。 | |
| 実務期間① | 施設又は事業所名称 | | |
| | 施設又は事業所所在地 | 〒 | |
| | 施設又は事業所種別 ※該当するものに☑を入れてください。 | <input type="checkbox"/> 指定（特定・障害児・一般）相談支援事業所 <input type="checkbox"/> 基幹相談支援センター <input type="checkbox"/> 障害者相談支援事業（委託相談支援事業所） <input type="checkbox"/> その他（ ） | |
| | 実務期間 | 年 月 日 ～ 年 月 日 (業務日数 日) (実務期間 年 か月) | |
| 実務期間② | 施設又は事業所名称 | | |
| | 施設又は事業所所在地 | 〒 | |
| | 施設又は事業所種別 ※該当するものに☑を入れてください。 | <input type="checkbox"/> 指定（特定・障害児・一般）相談支援事業所 <input type="checkbox"/> 基幹相談支援センター <input type="checkbox"/> 障害者相談支援事業（委託相談支援事業所） <input type="checkbox"/> その他（ ） | |
| | 実務期間 | 年 月 日 ～ 年 月 日 (業務日数 日) (実務期間 年 か月) | |

※法人ごとに証明を受けてください。転職等により、法人が異なる場合はそれぞれから証明書を取得してください。

※実務期間は、令和6年6月1日現在（見込）のものとしします。