【様式３】

西暦　　年　　月　　日

（市・町・村）障がい者福祉主管課長　殿

法人名　　法人印

令和４年度 福岡県相談支援従事者初任者研修の申し込みに係る
実務経験の確認について（依頼）

下記の者は、令和４年度の「福岡県相談支援従事者初任者研修」修了後、当法人の相談支援事業所において相談支援専門員として勤務する予定であるため、要件となる実務経験の確認をお願いいたします。

記

○ 相談支援専門員となる予定の者　　（氏名）

○ 勤務する予定の相談支援事業所名（現在、指定を予定している事業所は仮の名称を記載）
（事業所名）

（住　　所）　　（連絡先）
（相談談支援専門員となる予定の時期）　西暦　　年　　月予定

○ 相談支援専門員の要件となる実務経験　**※２０２３年　３月末までの見込で記載**

勤務先 （施設・事業所の名称／法人名）	在職時の 職務内容 職種	業務の種別	年　月～年　月	勤務年数
例）A病院／医療法人〇〇	看護師	相談・直接	202〇年△月～202△年〇月	〇年〇月間
		相談・直接		年　月間
		相談・直接		年　月間
		相談・直接		年　月間
			合計	年　月間

・有している資格等	例）看護師	資格取得年月	例）2015 年 4 月
・有している資格等		資格取得年月	
・有している資格等		資格取得年月	
・有している資格等		資格取得年月	

（例）社会福祉士、訪問介護員養成研修１級課程修了者

実務経験確認書（※切り取らずにご提出ください）

上記の者は、上記の記載に相違なければ相談支援専門員の要件となる実務経験を満たすことを確認しました。

ただし、相談支援事業所指定の際には、改めて実務経験証明書による実務経験の確認が必要となるため、指定基準を満たさない場合もあります。

西暦　　年　　月　　日

市　町　村　　課　　公印