

1回以上受講している方  
赤枠内を記載してください  
(例では②も記載しています)

## 相談支援従事者現任研修 実務経験証明書

- ※ すでに離職されている方は、2020年10月から2025年9月末までの間に従事された相談支援業務の実務経験期間をご記入のうえ、当時勤務されていた事業所に証明していただくようお願いいたします。
- ※ 単一の事業所で当該実務経験が2年を超える方は1枚で結構ですが、複数の事業所での実務経験が通算して2年を超える方は、各事業所に証明していただき、複数枚提出してください。
- ※ すでに事業所がない為、就業していた事業所に証明していただくことが難しい方は、申込者情報と就業していた事業所名、住所を記入して提出してください。(確認の上、受講の選定を行います。)

### 施設情報

施設・事業所名	一般財団法人保健福祉振興財団	<b>(例)一般 財団法人 保健福祉 振興財団</b>
施設・事業所所在地	〒812-0016 福岡県福岡市博多区博多駅南 4-2-10 南近代ビル 5階	
記入者氏名	財団 太郎	
電話番号	092-123-4567	
施設・事業所の種別	<input checked="" type="checkbox"/> 基幹相談支援センター <input type="checkbox"/> 指定一般相談支援事業所 <input type="checkbox"/> 指定特定相談支援事業所 <input type="checkbox"/> 指定障害児相談支援事業所	

下記の者の実務経験について、間違いのないことを証明します。

記入日：2025年 8月 13日

### 申込者情報

フリガナ	ザイダン ジロウ	生年月日
氏名	財団 次郎	西暦 1999年 12月 31日
現任研修の 過去受講回数	<input type="checkbox"/> 0回 → ②のみを記入ください (①従事状況の記載は不要です。) <input checked="" type="checkbox"/> 1回以上 → ①を記入のうえ、②の記入が必要か確認ください。	
①従事状況	現在、【基幹相談支援センター】【指定一般相談支援事業所】【指定特定相談支援事業所】 【指定障害児相談支援事業所】のいずれかで相談支援業務に従事していますか？ <input type="checkbox"/> 従事している → ②の記入は不要です <input checked="" type="checkbox"/> 従事していない → ②を記入ください	
②相談支援業務 実務経験期間	・西暦 2020年 12月 1日 ~ 西暦 2023年 9月 30日 ・西暦 2025年 1月 1日 ~ 西暦 2025年 9月 30日 <b>実務経験期間の合計 3年 4ヶ月</b> ※ <u>2020年10月~2025年9月末までの期間で実務経験を記入</u> してください。 ※ <u>実務経験の期間が開いている場合は2行目を作成して記入</u> してください。	

<廃止された事業所情報> (法人印を得られる方は記入不要)

事業所名：

住所：

受講生 氏名 \_\_\_\_\_ 印

初回受講している方  
赤枠内を記載してください

## 相談支援従事者現任研修 実務経験証明書

- ※ すでに離職されている方は、**2020年10月から2025年9月末**までの間に従事された相談支援業務の実務経験期間をご記入のうえ、当時勤務されていた事業所に証明していただくようお願いいたします。
- ※ 単一の事業所で当該実務経験が2年を超える方は1枚で結構ですが、複数の事業所での実務経験が通算して2年を超える方は、各事業所に証明していただき、複数枚提出してください。
- ※ **すでに事業所がない為、就業していた事業所に証明していただくことが難しい方は、申込者情報と就業していた事業所名、住所を記入して提出してください。**（確認の上、受講の選定を行います。）

### 施設情報

施設・事業所名	一般財団法人保健福祉振興財団	<b>(例)一般 財団法人 保健福祉 振興財団</b>
施設・事業所所在地	〒812-0016 福岡県福岡市博多区博多駅南 4-2-10 南近代ビル 5階	
記入者氏名	財団 太郎	
電話番号	092-123-4567	
施設・事業所の種別	<input checked="" type="checkbox"/> 基幹相談支援センター <input type="checkbox"/> 指定一般相談支援事業所 <input type="checkbox"/> 指定特定相談支援事業所 <input type="checkbox"/> 指定障害児相談支援事業所	

下記の者の実務経験について、間違いないことを証明します。

**記入日：2025年 8月 13日**

### 申込者情報

フリガナ	ザイダン ジロウ	生年月日
氏名	財団 次郎	西暦 1999年 12月 31日
現任研修の 過去受講回数	<input checked="" type="checkbox"/> 0回 → ②のみを記入ください（①従事状況の記載は不要です。） <input type="checkbox"/> 1回以上 → ①を記入のうえ、②の記入が必要か確認ください。	
①従事状況	現在、【基幹相談支援センター】【指定一般相談支援事業所】【指定特定相談支援事業所】【指定障害児相談支援事業所】のいずれかで相談支援業務に従事していますか？ <input type="checkbox"/> 従事している → ②の記入は不要です <input type="checkbox"/> 従事していない → ②を記入ください	
②相談支援業務 実務経験期間	・西暦 2020年 12月 1日 ~ 西暦 2023年 9月 30日 <b>実務経験期間の合計 2年 10ヶ月</b> ※ <b>2020年10月~2025年9月末までの期間で実務経験を記入</b> してください。 ※ <b>実務経験の期間が開いている場合は2行目を作成して記入</b> してください。	

<廃止された事業所情報> (法人印を得られる方は記入不要)

事業所名：

住所：

受講生 氏名 \_\_\_\_\_ 印

事業所がない方  
赤枠内を記載してください

相談支援従事者現任研修  
実務経験証明書

- ※ すでに離職されている方は、2020年10月から2025年9月末までの間に従事された相談支援業務の実務経験期間をご記入のうえ、当時勤務されていた事業所に証明していただくようお願いいたします。
- ※ 単一の事業所で当該実務経験が2年を超える方は1枚で結構ですが、複数の事業所での実務経験が通算して2年を超える方は、各事業所に証明していただき、複数枚提出してください。
- ※ すでに事業所がない為、就業していた事業所に証明していただくことが難しい方は、申込者情報と就業していた事業所名、住所を記入して提出してください。（確認の上、受講の選定を行います。）

施設情報

施設・事業所名		印
施設・事業所所在地	〒	
記入者氏名		
電話番号		
施設・事業所の種別	<input type="checkbox"/> 基幹相談支援センター <input type="checkbox"/> 指定一般相談支援事業所 <input type="checkbox"/> 指定特定相談支援事業所 <input type="checkbox"/> 指定障害児相談支援事業所	

下記の者の実務経験について、間違いのないことを証明します。 記入日：2025年 月 日

申込者情報

フリガナ		生年月日
氏名		西暦 年 月 日
現任研修の過去受講回数	<input type="checkbox"/> 0回 → ②のみを記入ください（①従事状況の記載は不要です。） <input type="checkbox"/> 1回以上 → ①を記入のうえ、②の記入が必要か確認ください。	
①従事状況	現在、【基幹相談支援センター】【指定一般相談支援事業所】【指定特定相談支援事業所】【指定障害児相談支援事業所】のいずれかで相談支援業務に従事していますか？ <input type="checkbox"/> 従事している → ②の記入は不要です <input type="checkbox"/> 従事していない → ②を記入ください	
②相談支援業務実務経験期間	・西暦 年 月 日 ~ 西暦 年 月 日 <u>実務経験期間の合計</u> 年 ヶ月 ※ <u>2020年10月~2025年9月末までの期間で実務経験を記入</u> してください。 ※ <u>実務経験の期間が開いている場合は2行目を作成して記入</u> してください。	

<廃止された事業所情報> (法人印を得られる方は記入不要)  
事業所名：相談支援事業所 ざいだん  
住所：〒812-0016 福岡県福岡市博多区博多駅南 4-2-10  
受講生 氏名 財団 次郎 財団