

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、**2021 年 10 月から 2026 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		
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	☐ i 基幹相談支援センター ☐ ii 指定一般相談支援事業所 ☐ iii 指定特定相談支援事業所 ☐ iv 指定障害児相談支援事業所 ☐ v 地域生活支援事業実施要綱に規定する障害者相談支援事業	

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：2026 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	☐ 0 回 → <u>②のみを記入ください</u> （①従事状況の記載は不要です。） ☐ 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、上記【施設・事業所の種別】内の i ～ v のいずれかで相談支援業務に従事していますか？ ☐ 従事している → ②の記入は不要です ☐ 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 実務経験期間の合計 年 ヶ月 ※ <u>2021 年 10 月から 2026 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してください。</u>	

<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