

令和6年度 岐阜県相談支援従事者現任研修 実務経験証明及び申告書

注意: 本内容に虚偽の記載が認められた場合には、受講申込を取消し、当該事業所の今後の申込を受付けません。

事業所名 社会福祉法人 ○○○会
△△△相談支援事業所

本人氏名 福祉 小太郎

実務経験について、以下の通り申告します。(本人記載欄)

| | |
|----------------------|---------------------------|
| 初任者研修修了後の 実務期間の合計 | 9 年 11 ヶ月 (令和6年8月6日現在) |
|----------------------|---------------------------|

《内 訳》 (事業所記載欄)

| | | | | | | | | | | | | |
|--------------|--|-------------------|--|----------------------------|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 実務期間 (注1) | 昭・平・令 26 年 10 月 ~ 昭・平・令 3 年 3 月 (業務日数 1483 日) (計 6 年 6 ヶ月) | 所属機関の種別 | ・基幹相談支援センター ・指定 (特定・障害児・一般) 相談支援事業所 ・その他 () ・障害者相談支援事業 | | | | | | | | | |
| | | 具体的業務の内容 | 市町村からの委託にかかる、相談支援業務 | | | | | | | | | |
| | | 指定障害福祉サービス事業者登録番号 | | | | | | | | | | |
| | | 証明欄 | 法人名・事業所名 | 社会福祉法人 ○○○会 △△△相談支援事業所 | | | | | | | | |
| | 証明日 | 代表者の氏名 | 代表者 △△ △△ ※代表者自署の場合は押印不要 | | | | | | | | | |
| | 令和 6 年 6 月 1 日 | 住所 | 関市◇◇町5-1 | | | | | | | | | |
| | | TEL | 0575-△△-○○○○ | | | | | | | | | |
| 実務期間 (注1) | 昭・平・令 3 年 4 月 ~ 昭・平・令 6 年 8 月 (業務日数 716 日) (計 3 年 5 ヶ月) | 所属機関の種別 | ・基幹相談支援センター ・指定 (特定・障害児・一般) 相談支援事業所 ・その他 () ・障害者相談支援事業 | | | | | | | | | |
| | | 具体的業務の内容 | 計画相談支援業務 | | | | | | | | | |
| | | 指定障害福祉サービス事業者登録番号 | 3 | 3 | 3 | 6 | 6 | 6 | 9 | 9 | 9 | 9 |
| | | 証明欄 | 法人名・事業所名 | 社会福祉法人 □□□会 ○○○○相談支援事業所 | | | | | | | | |
| | 証明日 | 代表者の氏名 | 代表者 ○○ ○○ ※代表者自署の場合は押印不要 | | | | | | | | | |
| | 令和 6 年 6 月 14 日 | 住所 | 関市△△町1-1 | | | | | | | | | |
| | | TEL | 0575-○○-△△△△ | | | | | | | | | |

研修に関するお問合せは、障害者地域支援・研修センター(0575-29-7732)へお願いします。

(注1)実務期間は、初任者研修修了以降から令和6年8月6日現在(見込)のものとしします。

(留意点)実務期間は、初任者研修修了以降の相談支援業務についての証明を記載ください。

※本証明書は、研修受講の可否を決定するに当たっての参考資料として提出いただくものです。事業所に配属される際には、別途、実務経験の内容についての審査等が行われますので、あらかじめご了承ください。

※本記載内容に虚偽の記載が認められた場合には、受講申込を取消し、今後の申込を受付けません。