

## 令和6年度 岐阜県相談支援従事者主任研修 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、今後の申込を受付けません。

## 1 本人記載欄

ふりがな	フクシ サブロウ		昭利
氏名	福祉 三郎		生年月日
			平成 57 年 1 月 28 日
実務期間の合計	※現任研修修了後の実務経験 合計3年以上	7 年 5 ヶ月	(令和7年2月24日現在)

## 2 事業所記載欄 ※現任研修修了後の実務経験について申告してください。

実務期間 (注1)	平・令 29 年 10 月 ~ 平・令 2 年 3 月 (業務日数 630 日) (計 2 年 6 ヶ月)	所属事業所名	社会福祉法人〇〇〇 □□□□相談支援事業所									
		所属事業所の種別	・基幹相談支援センター ・市町村の障がい児者相談支援窓口担当 障害者相談支援事業 ・指定 ( 特定 ・ 障害児 ・ 一般 ) 相談支援事業所 ・その他 ( )									
		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	2	1	△	△	△	△	△	△	△	△
		証明欄	法人名・事業所名 社会福祉法人〇〇〇 □□□□相談支援事業所 代表者の氏名 代表 □□ △△ 住所 ××市△△町1-1 TEL ××××-〇〇-△△△△									
証明日		令和 6 年 12 月 6 日										
実務期間 (注1)	平・令 2 年 4 月 ~ 平・令 7 年 2 月 (業務日数 1239 日) (計 4 年 11 ヶ月)	所属事業所名	社会福祉法人△△△会 〇〇〇〇相談支援事業所									
		所属事業所の種別	・基幹相談支援センター ・市町村の障がい児者相談支援窓口担当 障害者相談支援事業 ・指定 ( 特定 ・ 障害児 ・ 一般 ) 相談支援事業所 ・その他 ( )									
		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	2	1	○	○	○	○	○	○	○	○
		証明欄	法人名・事業所名 社会福祉法人△△△会 〇〇〇〇相談支援事業所 代表者の氏名 代表 △△ ○○ 住所 ○○市□□町2-2 TEL □□□□-〇〇-△△△△									
証明日		令和 6 年 12 月 11 日										

注1) 実務期間は令和7年2月24日現在(見込)のものとしてします。

注2) 現任研修修了後、3年以上の実務経験の証明が必要となります。

※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。