

令和5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

本人氏名

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	年 月	(令和5年8月1日現在)
----------------------	-----	--------------

〈内 訳〉 (事業所記載欄)

実務期間 (注1)	昭・平・令 年 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 ()									
	~	具体的業務の内容										
	昭・平・令 年 月	指定障害福祉サービス事業者登録番号										
	(業務日数 日) (計 年 ヶ月)	証明欄	法人名・事業所名 代表者の氏名 ※代表者自署の場合は押印不要 住所 公印 TEL									
証明日												
令和 5 年 月 日												
実務期間 (注1)	昭・平・令 年 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 ()									
	~	具体的業務の内容										
	昭・平・令 年 月	指定障害福祉サービス事業者登録番号										
	(業務日数 日) (計 年 ヶ月)	証明欄	法人名・事業所名 代表者の氏名 ※代表者自署の場合は押印不要 住所 公印 TEL									
証明日												
令和 5 年 月 日												

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5年8月1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。