

## 令和5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

事業所名 サンフラワー相談支援事業所

本人氏名 福祉 三郎

実務経験について、以下の通り申告します。(本人記載欄) ※現任研修修了後3年以上の経験について申告してください。

実務期間の合計

8 年 6 ヶ月

(令和 6年 2月 25日現在)

## 《内 訳》 (事業所記載欄)

実務期間 (注1)	昭 <sup>○</sup> 平 <sup>○</sup> 令 27 年 9 月	所属機関の種別	・基幹相談支援センター ・障害者相談支援事業 支援事業所 ・その他 ( )										
	~	具体的業務の内容	計画相談支援業務										
	昭・平 <sup>○</sup> 令 6 年 2 月	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	
	(業務日数 2042 日) (計 8 年 6 ヶ月)	証明欄	法人名・事業所名 社会福祉法人 ひまわり会 サンフラワー相談支援事業所 代表者の氏名 代表 白山 青子 ※代表者自署の場合は押印不要 住所 関市△△町1-1 TEL 0575-〇〇-△△△△										
証明日		令和 5 年 12 月 11 日		の代事業 の公表者 印者所									
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 ・障害者相談支援事業 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 TEL 公印										
証明日		令和 年 月 日											

注1) 実務期間は令和6年2月25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。

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