

## 令和6年度 岐阜県相談支援従事者初任者研修 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、受講申込を取り消し、当該事業所の今後の申込を受け付けません。

事業所名 社会福祉法人〇〇会  
〇〇

本人氏名 〇〇 〇〇

該当記号 (別添1より)	実務期間の合計 (令和 6年 6月 1日時点)	国家資格に基づき当該資格にかかる 業務に従事した期間の合計(※該当者のみ) (令和 6年 6月 1日時点)
b-二、d	9 年 2 ヶ月	6 年 2 ヶ月

## 《内 訳》 (事業所記載欄)

実務期間 (注1)	昭(平)令 19年 4月	所属機関の種別 (注2)	老人居宅介護等事業		
	~	具体的業務の内容	訪問介護及び訪問入浴 (左記期間中、実際に行っていた業務の内容を記入してください)		
	昭(平)令 22年 3月	業務の範囲 (注2)	相談 (直接)	資格名称 (注3)	訪問介護員(ヘルパー)2級
	(業務日数 600 日) (計 3年 0 ヶ月)	証明欄	別添1の『 b の 二 』に該当する上記について証明する。(注4) 法人名・事業所名 株式会社〇〇 〇〇ケアサービス 代表者の氏名 代表 〇〇 〇〇 ※自署の場合は押印不要 住所 ××市〇〇町1-1 TEL 0000-11-2222 		
証明日	令和 6年 4月 20日				
実務期間 (注1)	昭(平)令 30年 4月	所属機関の種別 (注2)	障害者支援施設		
	~	具体的業務の内容	障害者入所施設における、生活支援業務全般 (左記期間中、実際に行っていた業務の内容を記入してください)		
	昭・平(令) 6年 5月	業務の範囲 (注2)	相談 (直接)	資格名称 (注3)	介護福祉士
	(業務日数 1628 日) (計 6年 2 ヶ月)	証明欄	別添1の『 d の 』に該当する上記について証明する。(注4) 法人名・事業所名 社会福祉法人〇〇会 〇〇 代表者の氏名 施設長 〇〇 〇〇 ※自署の場合は押印不要 住所 ××市〇〇町1-1 TEL 0575-〇〇-△△△△ 		
証明日	令和 6年 4月 25日				

(注1)実務期間は令和6年6月1日時点(見込)のものとしします。

(注2)相談支援専門員の要件(別添1)より記入してください。

(注3)上記証明に資格が伴う場合は、資格を証明できる書類の写しを必ず添付してください。

(注4)別添1を参考に『(a~c又はd)の(漢数字)』に該当するかを記入してください。

※「相談支援専門員の要件」を満たす実務経験のみご記入ください。

なお、ご記入の内容につきまして、告示の内容と照らし合わせて認められないと判断する場合があります。

※適宜、増し刷りしてご使用ください。

※上記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、今後の申込を受け付けません。

※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。