

香川県立川部みどり園長宛て

香川県相談支援従事者現任研修受講申請に係る実務経験証明書

標記の研修に申請した(申請者氏名) _____ について、令和3年5月11日から令和8年5月10日(この間の予定も可)の間で下記のとおり業務に従事したことを証明する。

法人名 事業所名 業務内容 (必須)	従事期間及び <u>実際に従事した日数</u> (必須)
法人名 事業所名 業務内容 <input type="checkbox"/> 指定一般相談支援事業所等における相談支援の実務 <input type="checkbox"/> その他 ()	年 月 日から 年 月 日まで 実従事日数 () 日
法人名 事業所名 業務内容 <input type="checkbox"/> 指定一般相談支援事業所等における相談支援の実務 <input type="checkbox"/> その他 ()	年 月 日から 年 月 日まで 実従事日数 () 日
法人名 事業所名 業務内容 <input type="checkbox"/> 指定一般相談支援事業所等における相談支援の実務 <input type="checkbox"/> その他 ()	年 月 日から 年 月 日まで 実従事日数 () 日
<input type="checkbox"/> 現に相談支援業務に従事している 法人・事業所名 () 具体的な業務内容 ()	年 月 日時点 <input type="checkbox"/> 退職予定がある (月 日予定)

問い合わせの際に必要なため、正確な法人名、事業所名をお書きください。

以上記載事項に相違ないことを証明する。

【証明者】	証明日	年	月	日
法人名 _____	事業所名 _____			
職 名 _____	氏 名 _____			

- ①「証明者」欄の「氏名」は必ず所属長が直筆(パソコン等での描画は不可。)で自署してください。
- ②「相談支援の実務」とは「指定一般相談支援事業所、指定特定相談支援事業所、指定障害児相談支援事業所及び委託相談支援事業所等における基本相談支援、地域相談支援、計画相談支援及び障害児相談支援」をいう
- ③証明内容に虚偽が判明した場合には各指定権者へ報告するとともに、証明した当該所属及び虚偽申請した方については、虚偽の判明後5年の間、当園が企画するサービス管理責任者等各種研修・相談支援従事者各種研修・強度行動障害支援者養成各種研修について受講を認めない場合があることを予めご了承ください。
- ④この証明書を添付して研修受講を申請した時点で、③について当該所属及び申請者が同意したとみなします。
- ⑤この表の内容が事業所指定及び相談支援専門員配置の際に各指定権者が判断する基準ではありませんし、この証明書を証拠書類として指定権者に提出することはできません。