

令和8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、今後の申込を受け付けません。

1 本人記載欄

ふりがな	ふくし はなこ		生年月日	昭和 62 年 8 月 15 日 平成
氏 名	福祉 花子			
受講要件  (1)と(2) どちらか該当する 箇所に記載 (令和8年8月6日時点見込)	(1) 初めて現任研修 を受講する方	実務経験要件 ※確認して☑	☐過去5年間に2年以上の相談支援の実務経験がある	
		実務期間の合計	年      ヶ月    (      日)	
	(2) 現任研修の受講が 2回目以降の方	実務経験要件 ※該当するものに☑	☑現に相談支援業務に従事している ☑過去5年間に2年以上の相談支援の実務経験がある	
		実務期間の合計	2 年    4 ヶ月    ( 568 日)	
受講履歴	初任者研修 修了年度    (    平成23    )年度		現任研修 修了年度    (    平成28 ・ 令和3    )年度 (全て記載)	

2 事業所記載欄 ※初任者研修修了後、本研修の受講前5年間の実務経験のみ記載してください

実務期間 (注1)	平・令 4 年 4 月 1 日	所属事業所名	社会福祉法人 ○○会 ×××相談支援事業所										
	～	事業所番号 (無い場合は記載不要)	2	1	○	○	○	○	○	○	○	○	
	平・令 5 年 3 月 31 日	所属機関の種別 ※該当するものに○	・基幹相談支援センター ○指定特定相談支援事業所 ・市町村窓口 ・指定一般相談支援事業所 ・指定障害児相談支援事業所										
	(業務日数 245 日) (計 1 年 0 ヶ月)	証明欄	法人名・事業所名 社会福祉法人 ○○会 ×××相談支援事業所 住所 □□市○○町△-○ TEL ○○○○-○○-○○○○ 代表者の氏名 施設長 ×× ××										
証明日 令和 8 年 5 月 22 日		の代表事業所 公印者											
実務期間 (注1)	平・令 7 年 4 月 1 日	所属事業所名	社会福祉法人 △△会 ○○△△相談センター										
	～	事業所番号 (無い場合は記載不要)	2	1	□	□	□	□	□	□	□	□	
	平・令 8 年 8 月 6 日	所属機関の種別 ※該当するものに○	・基幹相談支援センター ○指定特定相談支援事業所 ○指定障害児相談支援事業所 ・市町村窓口 ・指定一般相談支援事業所										
	(業務日数 323 日) (計 1 年 4 ヶ月)	証明欄	法人名・事業所名 社会福祉法人 △△会 ○○△△相談センター 住所 △△市××町□-△ TEL △△△△-△△-△△△△ 代表者の氏名 施設長 □□ □□										
証明日 令和 8 年 6 月 1 日		の代表事業所 公印者											

(注1)実務期間は令和8年8月6日時点(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の従事期間のみ記載ください。  
※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。