

実務経験証明書 【相談支援従事者初任者研修7日課程】

この証明書は、受講者を相談支援従事者として配置予定の法人・事業所が、これまでの実務経験を確認したうえで作成してください。
(この証明書は、研修受講資格確認のためのものであり、事業者指定要件を証明するものではありません)

令和 年 月 日

社会福祉法人
愛知県社会福祉協議会 会長様

[証明者] 法人・施設又は
事業所名
同 所在地
電話番号
FAX番号
代表者職・氏名

法人印
代表者印

(記入担当者氏名)

下記の者の実務経験は、以下のとおりであることを証明します。

フリガナ 氏 名		生年月日	昭和 年 月 日生 平成
受講要件 ※該当するいずれか1つに○を記入してください。 () ↑ ア〜クを記入	1 指定相談支援事業所、指定重度障害者等包括支援事業所及び基幹相談支援センターに現に勤務する者であって、相談支援従事者として継続的に従事できる（少なくとも2年以上）見込の者。		
	2 研修を受講しようとする年の年度末までに厚生労働省告示の実務経験を満たしかつ研修受講の年度末までに指定相談支援事業所の相談支援従事者になる予定の者（相談支援従事者として継続的に従事できる（少なくとも2年以上）見込のある者に限る）であって、次のいずれかに該当する者。 ア 指定障害福祉サービス事業所又は地域活動支援センターに勤務する者 イ 障害者就業・生活支援センターに勤務する者 ウ 指定障害児通所支援の事業所に勤務する者 エ 指定障害児入所支援の施設に勤務する者 オ 保険医療機関に勤務する者であって主に障害児者の相談支援業務に従事している者 カ 発達障害支援指導者の認定を受けた者 キ 発達障害者支援センターに勤務する者 ク ア〜キの事業所に勤務していないが、障害福祉に関して相当の見識があり、研修受講後の翌年までに指定相談支援事業所の相談支援従事者として勤務が確実な者		
	3 市町村の障害児者相談支援窓口職員		
実務経験期間 (令和6年4月1日見込)	実務経験期間の合計	該当資格にかかる業務に従事した期間の合計 ※要件2の該当者のみ	
	年 カ月	年 カ月	

上記の実務経験期間の内訳（※該当資格の実務経験がある場合は別枠に記入のこと）

実務経験期間内訳 (令和6年4月1日見込)	業務期間	合計年月	所属・事業所名	事業種別※1 従事内容	相談支援 直接支援の別
		年 月～ 年 月	年 カ月		
	年 月～ 年 月	年 カ月			相・直
	年 月～ 年 月	年 カ月			相・直
	年 月～ 年 月	年 カ月			相・直
	年 月～ 年 月	年 カ月			相・直
資格の有無	有 ・ 無		資格名（例：社会福祉主事任用資格、訪問介護員、保育士、児童指導員任用資格等）		

※1 事業種別は、生活介護、共同生活援助、就労継続支援A型、就労継続支援B型、障害児通所支援、放課後等デイサービス等をご記入ください。

※2 実務経験に該当するか否か等の確認は、事業所を所管する県又は指定都市・市町村の事業指定担当課に確認してください。
なお、過去の所属事業所の実務経験証明書の提出は必要ありません。

実務経験証明書

記入例

この証明書は、受講者を相談支援従事者として配置予定の法人・事業所が作成してください。

この証明書は、受講者を相談支援従事者として配置予定の法人・事業所が、これまでの実務経験を確認したうえで作成してください。
(この証明書は、研修受講資格確認のためのものであり、事業者指定要件を証明するものではありません)

令和 年 月 日

社会福祉法人
愛知県社会福祉協議会 会長様

[証明者] 法人・施設又は事業所名 **社会福祉法人あいちふくし会**
同 所在地 **名古屋市東区白壁1番地50**
電話番号 **052-212-5516**
FAX番号 **052-212-5518**
代表者職・氏名 **会長 愛知 福祉**



(記入担当者氏名)

下記の者の実務経験は、以下のとおりであることを証明します。

フリガナ 氏 名	フクシ タロウ 福祉 太郎	生年月日	昭和 50 年 1 月 1 日生 平成
受講要件 ※該当するいずれか1つに○を記入してください。	○ (ア) ↑ ア〜クを記入	1 指定相談支援事業所、指定重度障害者等包括支援事業所及び基幹相談支援センターに現に勤務する者であって、相談支援従事者として継続的に従事できる（少なくとも2年以上）見込の者。	左の実務経験期間内に、該当資格での実務経験がある場合は、必ず記入してください。(該当者のみ)
		2 研修を受講しようとする年の年度末までに厚生労働省告示の実務経験を満たしかつ研修受講の年度末までに指定相談支援事業所の相談支援従事者になる予定の者（相談支援従事者として継続的に従事できる（少なくとも2年以上）見込のある者に限る）であって、次のいずれかに該当する者。 ア 指定障害福祉サービス事業所又は地域活動支援センターに勤務する者 イ 障害者就業・生活支援センターに勤務する者 ウ 指定障害児通所支援の事業所に勤務する者 エ 指定障害児入所支援の施設に勤務する者 オ 保険医療機関に勤務する者であって主に障害児者の相談支援業務に従事している者 カ 発達障害支援指導者の認定を受けた者 キ 発達障害者支援センターに勤務する者 ク ア〜キの事業所に勤務していないが、障害福祉に関して相当の見識があり、研修受講後の翌年までに指定相談支援事業所の相談支援従事者として勤務が確実な者	
		3 市町村の障害児者相談支援窓口職員	
実務経験期間 (令和6年4月1日見込)	実務経験期間の合計 10 年 0 カ月	該当資格にかかる業務に当たった期間の合計 ※要件2の該当者のみ 7 年 0 カ月	

上記の実務経験期間の内訳 (※該当資格の実務経験がある場合は別枠に記入のこと)

実務経験期間内訳 (令和6年4月1日見込)	業務期間	合計年月	所属・事業所名	事業種別※1 従事内容	相談支援 直接支援の別
		平成25年4月～平成28年4月	3年0ヵ月	あいちふくしの家	共同生活援助 生活支援員
	平成28年4月～令和5年4月	7年0ヵ月	あいちふくしの家	共同生活援助 生活支援員(訪問介護員2級)	相 直
	年 月～年 月	年 月			相・直
	年 月～年 月	年 月			相・直
資格の有無	有	無			相・直 員任用

※1 事業種別は、生活介護、共同生活援助、就労継続支援A型、就労継続支援B型、障害児通所支援、放課後等デイサービス等をご記入ください。

※2 実務経験に該当するか否か等の確認は、事業所を所管する県又は指定都市・市町村の事業指定担当課に確認してください。
なお、過去の所属事業所の実務経験証明書の提出は必要ありません。