**様式2**

**令和７年度　栃木県相談支援従事者初任者研修**

**実　務　経　験　証　明　書**

（特非）栃木県障害施設・事業協会

会長　菊地　月香　　様

受講者氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　㊞

受講者住所 〒

※ 「業務内容」は、別紙「相談支援専門員の実務経験要件について」の業務の範囲及び業務内容を参考に該当する業務の数字に○をつけてください。**証明に資格が伴う場合には、資格を証明できる書類の写しを添付してください。**

**英和**

**＜現在勤務している事業所の証明欄＞**

業務内容：１－ア・１－イ・１－ウ・１－エ・１－オ・１－カ（資格　有・無 ）

２－ア・イ・ウ（資格　有・無 ）,３・４・５（資格　有・無 ）

従事期間：昭和・平成・令和　　年　　月 ～ 昭和・平成・令和　　年　　月　　　計：　　　年　　　月

所属機関の種別：

具体的業務の内容：

上記の業務内容・期間に従事したことを証明する。

事業所名　　　　　　　　　　　　　　　　　 ㊞

代表者名

＜証明書欄＞

業務内容：１－ア・１－イ・１－ウ・１－エ・１－オ・１－カ（資格　有・無 ）

２－ア・イ・ウ（資格　有・無 ）,３・４・５（資格　有・無 ）

従事期間：昭和・平成・令和　　年　　月 ～ 昭和・平成・令和　　年　　月　　　計：　　　年　　　月

所属機関の種別：

具体的業務の内容：

上記の業務内容・期間に従事したことを証明する。

事業所名 ㊞

所在

代表者名

＜証明書欄＞

業務内容：１－ア・１－イ・１－ウ・１－エ・１－オ・１－カ（資格　有・無 ）

２－ア・イ・ウ（資格　有・無 ）,３・４・５（資格　有・無 ）

従事期間：昭和・平成・令和　　年　　月 ～ 昭和・平成・令和　　年　　月　　　計：　　　年　　　月

所属機関の種別：

具体的業務の内容：

上記の業務内容・期間に従事したことを証明する。

事業所名 ㊞

所在

代表者名