

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。

＜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