

## 令和 8 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

菊地 月香 会長 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＞

注) 令和 8 年 6 月 1 日時点で記入してください。

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：平成・令和 年 月 ～ 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

印

## ＜以前に勤務していた事業所の証明欄＞

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：平成・令和 年 月 ～ 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

印

## ＜以前に勤務していた事業所の証明欄＞

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：平成・令和 年 月 ～ 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

印