埼玉県相談支援従事者現任研修受講証明書

令和　　年　　月　　日

埼玉県福祉部障害者支援課長

事業所名 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

代表者氏名 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿ 印

※問合せ先のご担当者の氏名と連絡先を記入してください

（担当者:　　）

（連絡先:　　）

標記研修に受講希望の者は下記のとおりです。

ふりがな				生年月日	□昭和　□平成
氏　名					年　月　日
所属	法人名		事業所名等		
職名					
相談支援専門員等として従事している（又はする予定の）事業所等について	事業所名				
	事業種別（該当に〇）	1　相談支援事業所（指定特定・一般、障害児相談支援） 2　重度障害者等包括支援事業所			
	今後、従事する予定の年月日　※1	令和　年　月　日従事予定			
相談支援業務経験年数（累計）	年　月		職務に関する資格		

事業所長・法人から証明が得られない場合のみ下記を記入　※2

理由欄

平成　年　月　日

受講者氏名　　印

※1 既に従事している場合、記入不要。

※2 事業所長等から証明が得られない理由を具体的に記入してください。また、上太枠内も記入してください。