

(埼玉県相談支援従事者研修用)

実務経験証明書

有限会社プログレ総合研修所
代表取締役 志村 博之 様

令和 年 月 日

法人名 印

代表者氏名

電話番号

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。

氏 名		生年月日	年	月	日
勤務施設又は事業所名					
従事業務	相談支援	☐ 障害児相談支援事業 ☐ 身体（知的）障害者相談支援事業 ☐ 児童相談所 ☐ 身体（知的）障害者更生相談所 ☐ 精神障害者地域生活支援センター ☐ 福祉事務所 ☐ 保健所 ☐ 市町村役場 ☐ 精神保健福祉センター ☐ 救護施設及び更正施設 ☐ 介護老人保健施設 ☐ 障害者職業センター ☐ 障害者就業・生活支援センター ☐ その他（ ）			
	相談又は 直接支援 （○を付ける）	☐ 障害者支援施設（相談 直接支援 ☐ 障害児入所施設（相談 直接支援） ☐ 盲学校・聾学校・特別支援学校（進路相談・教育相談の業務 職業教育の業務） ☐ 病院又は診療所（相談支援 療養病床支援） ☐ 老人福祉施設（相談 直接支援）			
	直接支援	☐ 障害福祉サービス事業 ☐ 障害児通所支援事業 ☐ 老人居宅介護等事業 ☐ 薬局、訪問看護事業所 ☐ その他（ ）			
業 務 期 間		年 月 日～ 年 月 日（ 年 月間）			
支援の内容 （支援の年数）		A. 相談支援（ 年 月間） B. 直接支援（ 年 月間） 職名 （ ） 具体的な 職務の内容 （ ）			

注) 1. 従事業務は、該当する項目の□にレ点でチェックしてください。

2. 相談支援業務とは、『身体上若しくは精神上的の障害があること又は環境上の理由により日常生活を営むのに支障がある者の日常生活の自立に関する相談に応じ、助言、指導その他の支援を行う業務』を指します。

3. 直接支援業務とは、『身体上若しくは精神上的の障害があることにより日常生活を営むのに支障がある者につき、入浴、排せつ、食事その他の介護を行い、並びにそのもの及びその介護者に対して介護に関する指導を行う業務、その他の職業訓練や職業教育等の業務』を指します。

4. 同一法人内で複数事業所に勤務している場合は、事業所毎に証明書を作成してください。