

受付番号		ふりがな		昭和・平成	
		氏 名		生年月日	
				年 月 日	

現在就業中の事業所

証明欄

上記の者について、
①「令和7年度埼玉県相談支援従事者初任者研修実施要領」の「3 受講対象者」に該当すること、②事業所での実務経験、③相談支援専門員の要件となる業務の経験、④資格に関する項目(該当者のみ)について証明します。

法人の名称		
事業所の名称		
事業所番号		
事業所の代表者氏名		
①実施要領の「3 受講対象者のア～オ」の中で、該当する区分に○をつけてください。		
ア イ ウ エ オ (令和7年3月31日時点)		
②現在就業中の事業所での実務経験期間をご記入下さい。		
(記入例)	2020年 4月 1日～ 2024年 4月 30日 実務年数: 4年 1ヵ月	
年 月 日～	年 月 日 実務年数: 年 ヵ月	
③左記実務経験において、相談支援専門員の要件となる実務経験業務に該当する業務の名称を別紙2から選んでご記入下さい。		
第2	ハ	障害児入所施設
④社会福祉主事任用資格者等※1及び有資格者※2の範囲で研修受講の申込をする方は、該当する資格について記入して下さい。 (特定業務の実務経験を基準とする任用資格以外は、資格証のコピー添付が必要です)		
資格名(任用資格名)	資格取得年月日(任用資格を除く)	資格に基づき当該資格にかかる業務に従事した期間
(記入例) 保育士	(記入例) 2000年 10月 1日	(記入例) 実務年数:10年 0ヵ月
	年 月 日	実務年数: 年 ヵ月
	年 月 日	実務年数: 年 ヵ月

※1 社会福祉主事任用資格者等とは、①社会福祉主事任用資格者、②相談支援の業務に関する基礎的な研修を修了する等により相談支援の業務を行うために必要な知識及び技術を修得したと認められる者(介護職員初任者研修以上に相当する研修の修了者)、③保育士、④児童指導員任用資格者、⑤精神障害者社会復帰指導員任用資格者をいう。
※2 有資格者とは、医師、歯科医師、薬剤師、保健師、助産師、看護師、准看護師、理学療法士、作業療法士、社会福祉士、介護福祉士、機能訓練士、義肢装具士、歯科衛生士、言語聴覚士、あん摩マッサージ指圧師、はり師、きゅう師、柔道整復師、管理栄養士、栄養士又は精神保健福祉士をいう。

上記現在就業中の事業所における実務経験では、研修受講の要件となる実務経験年数に満たない場合は、下記に以前の勤務先の実務経験を記載し、様式4 実務経験証明書を以前の勤務先に作成依頼し原本を提出ください。 ※勤務先分すべて必要

事業所名	実務経験期間	左記実務経験において、相談支援専門員の要件となる実務経験業務に該当する業務の名称を別紙2から選んでご記入下さい。		
(記入例) さいたま放課後等デイサービス	(記入例) 2019年 4月 1日～2020年 3月31日 (記入例) 実務年数: 1年 0ヵ月	(例) 第3	(例) 口	(記入例) 障害児通所支援事業
	年 月 日～ 年 月 日 実務年数: 年 ヵ月			
	年 月 日～ 年 月 日 実務年数: 年 ヵ月			
	年 月 日～ 年 月 日 実務年数: 年 ヵ月			
	年 月 日～ 年 月 日 実務年数: 年 ヵ月			
	年 月 日～ 年 月 日 実務年数: 年 ヵ月			