

受付番号：SG

埼玉県相談支援従事者現任研修従事証明書

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：)

標記研修に下記受講希望の者は下記のとおり相談支援専門員として従事したことを証明する。

ふりがな				生年 月日	□昭和 □平成
氏 名					年 月 日
現在所属	法人名		事業所名 等		
相談支援専門 員等として従 事していた期 間及び従事日 数	従事法人事業所名（現在所属も記入）				
	事業種別（該当に○）		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		
	従事していた期間		令和 年 月 日～令和 年 月 日従事		
	相談支援専門員業務実務日数（累計）		日（上記期間における従事日数）		