

令和6年度 岐阜県相談支援従事者現任研修 実務経験証明及び申告書

注意: 本内容に虚偽の記載が認められた場合には、受講申込を取消し、当該事業所の今後の申込を受付けません。

事業所名

本人氏名

実務経験について、以下の通り申告します。(本人記載欄)

Table with 2 columns: '初任者研修修了後の実務期間の合計' and '年 月 (令和6年8月6日現在)'

〈内 訳〉 (事業所記載欄)

Main table for practical experience with columns for dates, institution type, specific tasks, and proof details.

研修に関するお問合せは、障害者地域支援・研修センター(0575-29-7732)へお願いします。

(注1)実務期間は、初任者研修修了以降から令和6年8月6日現在(見込)のものとしします。

(留意点)実務期間は、初任者研修修了以降の相談支援業務についての証明を記載ください。

※本証明書は、研修受講の可否を決定するに当たっての参考資料として提出いただくものです。事業所に配属される際には、別途、実務経験の内容についての審査等が行われますので、あらかじめご了承ください。

※本記載内容に虚偽の記載が認められた場合には、受講申込を取消し、今後の申込を受付けません。