

香川県立川部みどり園長宛

## 香川県相談支援従事者現任研修受講申請に係る実務経験証明書

標記の研修に申請した(申請者氏名) \_\_\_\_\_ について、下記のとおり業務に従事したことを証明する。

法人名 事業所名 業務内容 (必須)	従事期間 (必須)
業務内容 ( )	年 月 日から 年 月 日まで ( ) 日間
業務内容 ( )	年 月 日から 年 月 日まで ( ) 日間
業務内容 ( )	年 月 日から 年 月 日まで ( ) 日間
業務内容 ( )	年 月 日から 年 月 日まで ( ) 日間

問い合わせる際に必要なため、正確な法人名、事業所名をお書きください。

以上記載事項に相違ないことを証明する。

<b>【証明者】</b>
証明日 年 月 日
法人名 _____ 事業所名 _____
職 名 _____ 氏 名 _____

- ①「証明者」欄は所属長が直筆で記載してください。
- ②実際に勤務した所属の所属長の証明が望ましいですが、難しい場合には現在の所属長の代筆証明でも構いません。(直筆に限る。)
- ③現在無所属で①②が難しい方は申請者ご自身の直筆証明でも認めます。
- ④上記①から③のいずれの場合でも、証明内容に虚偽が判明した場合には各指定権者へ報告するとともに、証明した当該所属及び虚偽申請した方については、虚偽の判明後5年の間、当園が企画するサービス管理責任者等各種研修・相談支援従事者各種研修・強度行動障害支援者養成各種研修について受講を認めないことを予めご了承ください。
- ⑤この証明書を添付して研修受講を申請した時点で、④について当該所属及び申請者が同意したとみなします。
- ⑥この表の内容が事業所指定及び相談支援専門員配置の際に各指定権者が判断する基準ではありませんし、この証明書を証拠書類として指定権者に提出することはできません。