

令和8年度徳島県相談支援従事者研修(現任研修)実務経験調査書

ふりがな		生年月日	年 月 日
氏名			

1 現任研修の受講回数によって研修受講に必要な実務経験要件が異なります(開催要領参照)。受講回数をプルダウンから選択してください。

現任研修の受講回数	プルダウンから選択
-----------	-----------

2 令和3年9月8日以降の相談支援の業務に従事した経験について、古いものから順に記入してください。証明書の添付は必要ありません。

勤務先 (施設または事業所名)	勤務先の事業種別(該当に☑) 及び勤務先における職種(自由記述)	従事期間及び従事日数
	<input type="checkbox"/> 指定相談支援事業所(指定一般・指定特定・指定障がい児相支援事業) <input type="checkbox"/> 地域生活支援事業実施要綱に規定する障害者相談支援事業 <input type="checkbox"/> 地域生活支援事業実施要綱に規定する基幹相談支援センター <input type="checkbox"/> 重度障害者等包括支援事業所	年 月 日 ~ 年 月 日 うち業務に従事した日数 (日)
	職種:	
	<input type="checkbox"/> 指定相談支援事業所(指定一般・指定特定・指定障がい児相支援事業) <input type="checkbox"/> 地域生活支援事業実施要綱に規定する障害者相談支援事業 <input type="checkbox"/> 地域生活支援事業実施要綱に規定する基幹相談支援センター <input type="checkbox"/> 重度障害者等包括支援事業所	年 月 日 ~ 年 月 日 うち業務に従事した日数 (日)
	職種:	
	<input type="checkbox"/> 指定相談支援事業所(指定一般・指定特定・指定障がい児相支援事業) <input type="checkbox"/> 地域生活支援事業実施要綱に規定する障害者相談支援事業 <input type="checkbox"/> 地域生活支援事業実施要綱に規定する基幹相談支援センター <input type="checkbox"/> 重度障害者等包括支援事業所	年 月 日 ~ 年 月 日 うち業務に従事した日数 (日)
	職種:	
	<input type="checkbox"/> 指定相談支援事業所(指定一般・指定特定・指定障がい児相支援事業) <input type="checkbox"/> 地域生活支援事業実施要綱に規定する障害者相談支援事業 <input type="checkbox"/> 地域生活支援事業実施要綱に規定する基幹相談支援センター <input type="checkbox"/> 重度障害者等包括支援事業所	年 月 日 ~ 年 月 日 うち業務に従事した日数 (日)
	職種:	
過去5年間の実務経験年数の合計 (令和8年9月7日現在:見込みを含む)		年 か月(日)

(注意事項)

※1 「業務に従事した」とは、業務時間内において実際に業務に従事したこと(休日、有給休暇、病気等で従事しなかった日を除く)を指します。

※2 「2年以上の実務経験」とは、「業務に従事した」期間が2年以上であり、かつ実際に従事した日数が1年あたり180日以上(合計360日以上)あることを指します。

<虚偽の申告等があった場合、修了証書交付後でも修了を取り消すことがあります。>

上記の者は「令和8年度徳島県相談支援従事者研修(現任研修)開催要領」の「4 研修の対象者」に該当することを証明します。

年 月 日

事業所名

所属長 職・氏名

印