（別紙２）

令和７年度山梨県相談支援従事者初任者研修

実　務　経　験　証　明　書

社会福祉法人山梨県障害者福祉協会理事長　殿

施設または事業所所在地及び名称

　　　　　　　　　　　　　〒

　　　　　　　　　　　　　所在地

　　　　　　　　　　　　　法人名

　　　　　　　　　　　　　事業所名

代表者名　　　　　　　　　　　　　　　　　印

電話番号

（１）の実務経験は（２）の通りであることを証明します。

（１）

|  |  |
| --- | --- |
| 氏名 |  |
| 生年月日 | 　　　　　　　　　年　　　月　　　日 |
| （２） |  |
| 業務期間 | 　　　年　　月　　日　～　　　年　　月　　日（計　　年　　ヶ月・業務日数　　　　　日） |
| 施設または事業所名 |  |
| 施設または事業所の種別（　　　　　　　　　　　　　） |
| 業務内容 | 業務区分（　相談支援業務　・　介護等業務　）具体的な内容 |
| 資格名称（取得年月日） | 　　　　　　　　　　　　（　　　　年　　月　　日） |

※上記証明に資格が伴う場合は、資格を証明できる書類の写しを添付して下さい。

※業務期間につきましては、令和８年３月３１日現在（見込）でご記入下さい。