

実務経験確認書（主任相談支援専門員研修）

受講申込者氏名		生年月日（西暦）	年 月 日
現所属事業所名		問い合わせ先	担当者名： 電話番号：（ ）
相談支援従事者初任者研修 修了年度	年度	相談支援従事者現任（主任）研修 修了年度（直近のもの）	年度
実務経験			
（2024（令和6）年1月15日現在における相談支援従事者初任者研修終了後の相談支援専門員等としての実務経験をご記入ください。）			
事業所名	実施する事業の種別 (該当するものにチェックを入れてください)	職名 (該当するものにチェックを入れてください)	業務期間 (直近の業務期間には見込みを含む。)
	<input type="checkbox"/> 指定一般相談支援事業 <input type="checkbox"/> 指定特定相談支援事業 <input type="checkbox"/> 市町村障害者相談支援事業（委託相談） <input type="checkbox"/> 基幹相談支援センター <input type="checkbox"/> 都道府県相談支援体制整備事業	<input type="checkbox"/> 相談支援専門員 <input type="checkbox"/> 主任相談支援専門員 <input type="checkbox"/> 管理者	年 月 日 ~ 年 月 日 (年 月間)
	<input type="checkbox"/> 指定一般相談支援事業 <input type="checkbox"/> 指定特定相談支援事業 <input type="checkbox"/> 市町村障害者相談支援事業（委託相談） <input type="checkbox"/> 基幹相談支援センター <input type="checkbox"/> 都道府県相談支援体制整備事業	<input type="checkbox"/> 相談支援専門員 <input type="checkbox"/> 主任相談支援専門員 <input type="checkbox"/> 管理者	年 月 日 ~ 年 月 日 (年 月間)
	<input type="checkbox"/> 指定一般相談支援事業 <input type="checkbox"/> 指定特定相談支援事業 <input type="checkbox"/> 市町村障害者相談支援事業（委託相談） <input type="checkbox"/> 基幹相談支援センター <input type="checkbox"/> 都道府県相談支援体制整備事業	<input type="checkbox"/> 相談支援専門員 <input type="checkbox"/> 主任相談支援専門員 <input type="checkbox"/> 管理者	年 月 日 ~ 年 月 日 (年 月間)
	<input type="checkbox"/> 指定一般相談支援事業 <input type="checkbox"/> 指定特定相談支援事業 <input type="checkbox"/> 市町村障害者相談支援事業（委託相談） <input type="checkbox"/> 基幹相談支援センター <input type="checkbox"/> 都道府県相談支援体制整備事業	<input type="checkbox"/> 相談支援専門員 <input type="checkbox"/> 主任相談支援専門員 <input type="checkbox"/> 管理者	年 月 日 ~ 年 月 日 (年 月間)
合計業務年数	年	月間	

（注）産休・育休・療養休暇や長期研修期間等は業務期間となりません。