

実務経験経歴書

フリガナ			昭和・平成
氏名		生年月日	年 月 日
障がい者への相談支援及び直接支援に従事した実務経験等を記載してください（研修開始日現在）。			
期間 （ 年月～ 年 月）	年数 （年）	勤務先等	職務内容
職務に関する資格			
資格の種類		資格取得年月日	
事業所証明欄			
上記の者は、当事業所において、「令和4年度障害者相談支援従事者初任者研修実施要領」の5のアからオまでの受講対象者に該当することを証明します。			
事業所名称			
代表者氏名		代表者印	
実施要領の該当する区分に○ 5の ア、イ、ウ、エ、オ			

次ページの注意事項を御確認ください。

注意事項1 この実務経験経歴書は、新座市で指定特定相談支援事業所の指定を受ける場合や既に受けている指定を変更する場合に提出する在席証明書に替えることはできません。

注意事項2 この実務経験経歴書を記入する際に実務経験が不足しているものの、研修開始までに実務経験を満たす場合は、該当部分に「(見込み)」と記入して提出し、研修初日までに再提出してください。