

令和8年度 長野県相談支援従事者現任研修 実務経験確認表(記載例)

受講申込者氏名(信州 太郎)
現所属先(長野県相談支援センター)

該当 する 欄に ○を 記入	「相談支援の実務経験」に 該当する事業	相談支援事業に従事した事業所名及び期間 ※従事した期間が複数の場合は、それぞれの期間を分けて記載 (例)〇〇相談支援事業所 令和3年12月～令和5年1月(1年2ヶ月) 令和8年4月～現在に至る(3ヶ月)
	指定特定相談支援事業所・指定 障害児相談支援事業所に属する 相談支援専門員	
○	指定一般相談支援事業所の相談 支援専門員	長野県相談支援センター 令和3年12月～令和5年1月(1年2ヶ月) 令和7年4月～現在に至る(1年3ヶ月)

注1 相談支援員及び相談員の期間を含めることはできません。

注2 現在に至る場合は令和8年7月1日現在で期間を計算してください。

注3 期間によって証明する者が異なる場合には、複数枚提出してください。

注4 実務経験期間として算入できる期間は当該年度の現任研修の開始日の前日まで(以下「研修開始前日」という。)です。2年間の実務経験が上記注2では満たされず、研修開始日前日までの期間を含めれば満たされる場合限り、従事見込の証明が可能とします。この場合には見込であることを明記してください。

受講申込者の相談支援業務の従事について、上記のとおり証明します。

事業所等代表者 (福)ながの

氏 名 長野 花子

長野 (印)

地域生活支援事業における相談支援等の業務

該当する欄に○を記入		相談支援事業に従事した事業所名及び期間 ※従事した期間が複数の場合は、それぞれの期間を分けて記載 (例) ○○基幹相談支援センター 令和2年12月～令和3年1月(1年2ヶ月) 令和7年4月～現在に至る(3ヶ月)
	(市町村委託)相談支援事業所	
	基幹相談支援センター	
	地域生活支援拠点等における拠点コーディネーター	
	医療的ケア児支援センター	
	高次脳機能障害及びその関連障害に対する支援普及事業	
	発達障害者支援センター	
	障害者就業・生活支援センター	
	障害児等療育支援事業	
	地域活動支援センター(Ⅰ型)	
	その他の事業	事業名称 従事した業務の内容 () 従事の期間

注5 表面の注1～注4については裏面についても同様ですので、確認の上記載してください。

受講申込者の相談支援業務への従事について、上記のとおり証明します。

担当部署名

氏 名 (印)

(福祉事務所長又は障がい福祉担当課長印可)