

## 記入例

西暦 2024 年 5 月 27 日

(市・町・村) 障がい者福祉主管課長 殿

法人名 社会福祉法人 ○○○

法人印

2024年度 福岡県相談支援従事者初任者研修の  
実務経験の確認について (依頼) 公印は忘れずに押印ください。

下記の者は、2024年度の「福岡県相談支援従事者初任者研修」修了後、当法人の相談支援事業所において相談支援専門員として勤務する予定であるため、要件となる実務経験の確認をお願いいたします。

記

○ 相談支援専門員となる予定の者 (氏名) 福祉 太郎

○ 勤務する予定の相談支援事業所名 (現在、指定を予定している事業所は仮の名称を記載)  
(事業所名) 相談支援センター △△△

(住 所) 福岡県福岡市博多区○○ (連絡先) 092 - ○○ - ○○○

(相談支援専門員となる予定の時期) 西暦 2025 年 1 月予定

○ 相談支援専門員の要件となる実務経験 ※2025年3月末までの見込で記載

勤務先 (施設・事業所の名称/法人名)	在職時の 職務内容 職種	業務の種別	年 月～年 月	勤務年数
例) A病院/医療法人○○	看護師	相談・直接	2012年4月～2018年3月	5年11月間
B事業所/社会福祉法人○○○	生活支援員	相談・直接	2017年6月～2024年7月	7年2月間
		相談・直接		年 月間
		相談・直接		年 月間
合計				年 月間

・有している資格等 例) 看護師 資格取得年月 例) 2010年4月

・有している資格等 社会福祉士 資格取得年月 2015年4月

・有している資格等 資格取得年月

・有している資格等 資格取得年月

(例) 社会福祉士、訪問介護員養成研修1級課程修了者

## 実務経験確認書 (※切り取らずにご提出ください)

①実線より上部を記入押印後、従事予定事業所のある市町村担当課へ提出し、赤枠内の記入押印をご依頼してください。

相談支援専門員の要件となる実務経験を満たすことを確認し  
改めて実務経験証明

②返却された本用紙を申し込みフォームでアップロードし、当会へご郵送ください。

西暦 年 月 日

市 町 村

課

公印