相談支援専門員専用

実 務 経 験（見込） 証 明 書

番　　号

福岡市長　　様　　令和　　年　　月　　日

施設又は事業所所在地及び名称

代表者氏名　　印

（役職・氏名）

電話番号

下記の者の実務経験は、以下のとおりであることを証明します。

フリガナ 氏　　名		（生年月日　　年　　月　　日）
現　住　所	〒	
施設又は事業所名	施設・事業所の種別（　　）	
業　務　期　間	年　　月　　日～　　年　　月　　日（　　年　　月間）	
うち業務に従事した日数	日	
業　務　内　容	職名（　　）	
	□　相談支援業務　・　□　直接支援業務	
	具体的な職務内容	

（注）　1　施設又は事業所名欄には、居宅介護、生活介護等の種別も記入すること。

2　業務期間欄は、証明を受ける者が障害者に対する直接的な援助を行っていた期間を記入すること。（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）
現在、既に必要とする実務経験期間を満たしている場合は、実務経験証明書作成日までの期間または、退職した日までの期間を記入してください。

3　業務内容欄は、生活支援員、看護師等の職名を記入し、業務内容について具体的に記入すること。
また、療養病床の病棟等において介護業務を行った場合は明記し、当該病棟が療養病床として許可等を受けた年月日を記入すること。

4　証明内容を訂正した場合は、証明権者の職印を押印してください。なお、修正液による訂正は認められません。

5　見込証明でない場合は，表題の（見込）を二重線で消し，証明権者の職印を押印してください。

相談支援専門員用　実務経験年数集計表

１　相談支援専門員の氏名

２　実務経験年数の集計

実務に従事した施設・事業所の名称	業務期間（うち業務に従事した日数）	
	相談支援業務	直接支援業務
	年　月間（　日）	年　月間（　日）
	年　月間（　日）	年　月間（　日）
	年　月間（　日）	年　月間（　日）
	年　月間（　日）	年　月間（　日）
計	年　月間（　日）	年　月間（　日）

３　有している資格等

※実務経験の要件に係る資格等を有している場合は、記入してください。

（例）社会福祉士、訪問介護員養成研修1級課程修了者

４　実務経験の該当要件

※当該相談支援専門員が該当するところに○を付けて下さい。

①　現に障がい児相談支援事業等(注1)の従事者のうち相談支援の業務に従事した期間が通算して3年以上である者	
②　相談支援の業務に従事した期間及び社会福祉主事任用資格者等(注2)であって介護等の業務に従事した期間が、通算して5年以上である者	
③　社会福祉主事任用資格者等(注2)でない者であって介護等の業務に従事した期間が通算して10年以上である者	
④　国家資格等(注3)を有する者がその資格に基づく業務に5年以上従事しており、かつ相談支援業務及び介護等業務に従事した期間が通算して3年以上である者	

※相談支援専門員とする者が上記に該当する者と証明できるよう、必要な実務経験証明書及び資格証明証(写)を漏れなく、添付して下さい。

(注1)障がい児相談支援事業、身体障がい者相談支援事業、知的障がい者相談支援事業、精神障がい者地域生活支援センターをいう。

(注2)社会福祉主事任用資格者、訪問介護員2級以上に相当する研修の修了者、児童指導員任用資格者、保育士、精神障害者社会復帰指導員任用資格者をいう。

(注3)医師、歯科医師、薬剤師、保健師、助産師、看護師、准看護師、理学療法士、作業療法士、社会福祉士、介護福祉士、視能訓練士、義肢装具士、歯科衛生士、言語聴覚士、あん摩マッサージ指圧師、はり師、きゅう師、柔道整復師、栄養士（管理栄養士を含む。）、精神保健福祉士をいう。