

令和7年度山梨県相談支援従事者初任者研修

実務経験証明書

社会福祉法人山梨県障害者福祉協会理事長 殿

施設または事業所所在地及び名称

〒

所在地

法人名

事業所名

代表者名

電話番号

印

(1) の実務経験は (2) の通りであることを証明します。

(1)

氏名	
生年月日	年 月 日

(2)

業務期間	年 月 日 ~ 年 月 日 (計 年 ヶ月・業務日数 日)
施設または事業所名	施設または事業所の種別 ()
業務内容	業務区分 (相談支援業務 ・ 介護等業務) 具体的な内容
資格名称 (取得年月日)	(年 月 日)

※上記証明に資格が伴う場合は、資格を証明できる書類の写しを添付して下さい。

※業務期間につきましては、令和8年3月31日現在(見込)でご記入下さい。