

令和4年度宮城県障害者相談支援従事者現任研修 実務経験証明書

令和 年 月 日

一般社団法人宮城・仙台障害者相談支援従事者協会 代表理事 殿

法人名		事業所名	
事業所所在地	(〒 -)		

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。

法人(事業所)
代表者職氏名

公印

記入者職氏名

電話番号

ふりがな		生年月日(和暦)			
氏名		昭和・平成	年	月	日生

業務と事業・施設の種類の種類(該当するものにレ点)

相談支援の業務(身体上若しくは精神上の障害があること又は環境上の理由により日常生活を営むのに支障がある者の日常生活の自立に関する相談に応じ、助言、指導その他の支援を行う業務)

障害児相談支援事業, 身体障害者相談支援事業, 知的障害者相談支援事業, 児童相談所, 身体障害者更生相談所, 精神障害者地域生活支援センター, 知的障害者更生相談所, 福祉に関する事務所(市町村役場, 福祉事務所, 保健所), 障害者支援施設, 障害児入所施設, 老人福祉施設, 精神保健福祉センター, 救護施設, 更生施設, 介護老人保健施設, 介護医療院, 病院, 診療所, 障害者職業センター, 障害者就業・生活支援センター, 障害児(者)地域療育等支援事業, 市町村障害者生活支援事業, 居宅介護支援事業, 地域包括支援センター, 一般相談支援事業, 特定相談支援事業, 被災者の心のケア支援事業

介護等の業務(身体上若しくは精神上の障害があることにより日常生活を営むのに支障がある者につき、入浴、排せつ、食事その他の介護を行い、並びにその者及びその介護者に対して介護に関する指導を行う業務)

障害者支援施設, 障害児入所施設, 老人福祉施設, 介護老人保健施設, 介護医療院, 療養病床関係病室(病院又は診療所の病室であって医療法第7条第2項第4号に規定する療養病床に係るもの), 障害福祉サービス事業, 障害児通所支援事業, 老人居宅介護等事業, 病院, 診療所, 薬局, 訪問看護事業所, 身体障害者療護施設, 身体(知的)障害者授産施設, 身体(知的)障害者福祉ホーム, 身体障害者福祉センター, 知的障害者デイサービスセンター, 知的障害者通勤寮, 精神障害者社会復帰施設, 市町から補助金又は委託により運営されている小規模作業所

 特別支援学校での就学相談等の業務(障害のある児童及び生徒の就学相談、教育相談及び進路相談の業務)**次に掲げる資格に基づく業務**(資格取得後の業務に限る)

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, 管理栄養士, 栄養士, 精神保健福祉士

勤務期間	昭和・平成・令和	年	月	日から	昭和・平成・令和	年	月	日
	実勤務年月	年	ヶ月勤務	※業務に従事しなかった期間(療養休暇, 育児休暇, 休職等で勤務しなかった期間)は除くこと				