

【様式1号】

秋田県専門コース別研修【意思決定支援】受講要件証明書

受講者氏名 _____

現在、相談支援専門員、サービス管理責任者、児童発達支援管理責任者として従事している方は以下に記入してください。

従事開始日	事業所	従事内容 (相談支援専門員/サビ管/ 児発管)
令和 年 月 日～		
・上記の内容で研修を修了する日まで、引き続き当該職種として従事すること。		

上記に相違ないことを証明します。

令和 年 月 日

秋田県障害者社会参加推進センター長 あて

事業所名 _____

代表者職氏名 _____ 公印