

令和7年度新潟県相談支援従事者初任者研修 推薦書（区分1-b）

黄色い部分は必須項目です。
必ず入力してください。

【推薦者記入欄】

受講希望者について、指定相談支援事業所等の相談支援専門員として推薦します。また、受講申込者について受講に関する不正があった場合は当該受講者の受講許可等の必要な措置を行うことについて了承します。

設置主体（法人名等）	新潟県●●法人			記入日	令和7年●●月●●日
代表者職名及び氏名	職名：	管理者	氏名：	●●●●●●	

【区分1（(b)現に相談支援専門員の方）】

ふりがな	にいがた	たろう	生年月日	平成 1年 1月 1日			
受講希望者氏名	新潟 太郎						
主な職名	相談支援専門員	電話番号	025-000-0000				
事業所名	相談支援センター 中央ふくふく	事業所住所	〒123-4567 新潟県●●市●●				
主な事業種別	指定一般相談支援事業所	→その他の場合、具体的にご記入ください。					
<過去の研修受講に関して>							
相談支援従事者初任者研修の修了年度は令和3年度ですか。 ※必ず一つに○を付けてください。			<input type="radio"/>	はい	<input type="radio"/>	いいえ	
令和4年度以降、1回以上相談支援従事者現任研修を修了しましたか。 ※必ず一つに○を付けてください。			<input type="radio"/>	修了していない	<input type="radio"/>	修了した	
<実務経験に関して>							
令和3年12月3日～令和8年12月2日の期間に関して、指定相談支援事業所等において相談支援業務（別紙1『令和3年度に初任者研修（区分1）を修了した方へ』を参照）に従事した年数・見込み年数について、下の表に記入してください。							
※ 従事年月日は必ず日付まで記入してください。 育児休業や病気休業等の長期休業は計上しないでください。							
※上記の対象期間に 従事期間が2年以上ある方は、令和8年度新潟県相談支援従事者現任研修に受講申込をしてください。							
※事業種別が「その他」の場合は、 具体的な事業種別名や業務内容を記載してください。							
※ 初任者研修の申込時点で 現に相談支援専門員として従事（障害者基幹相談支援センターでの従事も含む）場合、 終了年月日には「現に従事」と記載してください。							
事業所名	事業種別	開始年月日	～	終了年月日	従事期間	職名、その他事業種別	
相談支援センター 中央ふくふく	指定特定相談支援事業所	令和7年4月1日	～	現に	1年9ヶ月	相談支援専門員	
	▼ブルダウンから選択してください。		～		年 ヵ月		
合計					1年 9ヵ月		
<情報提供に関する同意> 実施要領「11 留意事項（8）」のとおり、区分1の修了者については、原則として市町村及び地域振興局健康福祉（環境）部に名簿を提供します。右欄の「同意する・同意しない」のどちらか一つに○を付けてください。						<input type="radio"/>	同意する
						<input type="radio"/>	同意しない
<優先順位> 同所属内で上記の者の他に令和8年度新潟県相談支援従事者初任者研修（区分1）の受講申込をする場合は、すべての者の氏名と優先順位を右欄に書いてください。区分1-aの受講希望者についてもご記入ください。 (例) 新潟 太郎（1位）、 新潟 花子（2位）、 万代橋 コメ太郎（3位）						新潟 太郎（1位）、 新潟 花子（2位）、 万代橋 コメ太郎（3位）	

貴法人における相談支援専門員に関する状況を下記のとおりご記入ください。			
(1)	法人全体でこれまでに初任者研修（区分1）を修了した者の人数	●	名
(2)	(1)のうち、退職者や資格失効した者等(相談支援専門員として従事できない者)の人数	●	名
(3)	(1)のうち、令和8年4月1日現在、相談支援専門員として従事している者の人数	●	名

※配置（予定）の事業所等代表者より推薦を受けてください。

※新規の法人・事業所の場合は、設置予定法人の代表者（予定）から推薦を受けてください。また、法人・事業所の名前は、後ろに（仮）を入れてください。

※**修了証書に記載いたしますので、お間違えのないよう氏名や生年月日をご記入ください。**

※虚偽の内容により申込みをされた場合は、修了証書交付後であっても取り消し等の措置をとることがあります。