

更新様式 1 (記載例)

サビ児管・相談支援専門員・管理者のいずれかに、現時点で従事している方は、この様式を使用してください。

従 事 証 明 書 (令和6年度)

氏名	山田 太郎 (昭和 50 年1月1日生)		
法人名	社会福祉法人高知家		
事業所名	多機能型事業所こうち		
事業所所在地	〒780-8570 高知市丸ノ内1丁目2番20号		
従事開始日	令和	3年 4月 1日	
従事内容	職種	☒ サービス管理責任者 ☐ 相談支援専門員 ☐ 児童発達支援管理責任者 ☐ 管理者	
	施設・事業所の種別 (サービス種別)	生活介護・就労継続支援B型(多機能型)	

上記の者が、上記職種として従事を開始した日から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を証明します。

令和8年 10 月 15 日

(施設又は事業所の所在地及び名称)
高知県高知市丸ノ内1丁目2番 20 号
社会福祉法人高知家

法人印を押してください

(代表者氏名) 理事長 土佐 太郎 印

(連絡先) (088) 823-9635