

実務経験証明書

様

年 月 日

〒 _____

住所 _____

法人名 _____

代表役職/氏名 _____ 印

TEL : _____

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。

氏名	(生年月日： 年 月 日)
現住所	
施設又は事業所名	施設・事業所の種類 ()
業務期間	年 月 日 ~ 年 月 日 (年 ヶ月間)
うち業務に従事した日数	日
業務内容	職名 () ・知的、精神障害児者の支援の有無 (有 ・ 無) ・障害児の支援の有無 (有 ・ 無)

- (注) 1. 施設又は事業所欄には、知的障害児施設等の種別も記入すること。
2. 業務期間欄は、照明を受ける者が実際に業務を行っていた期間を記入すること。
(産休・療養休暇や長期研修期間等は業務期間となりません)
現在、既に必要とする実務経験期間を満たしている場合は、実務経験証明書作成日までの期間または、退職した日までの期間を記入してください。
3. 業務内容欄は、生活支援員、児童指導員、相談員、看護師、管理者等の職名を記入すること、
直接支援、相談支援、モニタリング、支援計画、ケース会議等具体的に記入すること。
4. 証明内容を訂正した場合は、証明権者の職印を押印してください。
なお、修正液による訂正は認められません。