実務経験証明書

　見込期間なし　　・　　見込期間あり

　　※1（いずれかに○をしてください。）

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 広島県知事　様 |  |  |
| （証明者）  ※2 | 証明年月日 | 令和　　　年　　　月　　　日 |
| 法人所在地 | 〒 |
| 法人名称 |  |
| 代表者名 | 印 |

以下の内容について，相違ないことを証明します。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 氏名 |  | | 生年月日 |
| S・H　　　　年　　月　　日 |
| 施設又は事業所  名称 |  | | |
| 同一団体等であっても勤務先施設・事業所が複数ある場合は，施設等ごとに証明書を提出してください。 | | |
| 施設又は事業所  所在地 |  | | |
| 職種名及び業務内容 | 業務内容※３  （いずれかに○） | 相談業務　　　・　　　直接支援業務 | |
| 業務内容  （具体的に記述） |  | |
| 業務に関連する資格  (国家資格等による業務の場合のみ記載)※４ |  | |
| 上記業務の従事期間※5 | 年　　月　　日～　　　年　　月　　日（　　　年　　か月間） | | |
| 上記従事期間のうち業務に従事した日数 | 約　　　　　　　　　　日 | | |
| 休日，休暇，研修，休職等で業務に従事しなかった日は除く | | |

※1　見込期間なし・見込期間あり　については，次のとおり，いずれかを○で囲んでください。

　(1)　申込において実務要件を満たす者　**⇒　見込期間なし**

　(2)　申込において実務要件を満たさないが研修修了日までに必要な実務経験日数を満たす見込みがある者　**⇒　見込期間あり**

※2　証明者とは，法人の代表者，施設・事業所の長等，証明権限がある人です。個人の印ではなく法人印を使用してください。

※3　【相談業務】　　日常生活の自立に関する相談に応じ，助言指導等の支援を行う業務

【直接支援業務】入浴，排せつ，食事等の介護，日常生活における基本的な動作の指導，知識技能の付与，生活能力の向上のために必要な訓練，職業訓練・職業教育等の支援を行う業務，または，介護者に対し介護や訓練等に関する指導を行う業務

※4　以下の資格に基づく業務に従事していた場合は，業務に関連する資格欄に資格名を記入してください。

|  |
| --- |
| 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，栄養士（管理栄養士を含む。），精神保健福祉士 |

※5　実務経験は,研修の申込時点で満たしている又は，この研修の修了日までに満たすことが必要です。見込期間ありに○を付けた場合は，受講する研修の最終日までの期間で記載してください。

（　　年　　月）欄は１か月未満切り捨てです。