実務経験証明書

様式２

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 広島県知事　様 |  |  |
| （証明者）  ※1 | 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※2  （いずれかに○） | **相談業務**　　・　　直接支援業務（実務に含まない） | |
| 業務内容  （具体的に記述） |  | |
| **相談業務**の従事期間 | 年　　月　　日～　　　年　　月　　日（　　　年　　　か月間） | | |
| **現任研修**修了日以降の従事期間を記入してください。  研修日前日（遅くても令和5年1月9日）までに実務経験の要件を満たす場合は、その旨を備考欄に記載してください。（「○月○日までの従事で要件を満たす見込み」など） | | | |
| 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 | | |
| 備考 |  | | |

※1　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。

※2　【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