様式２

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　・　個別支援計画の作成業務 | |
| 業務内容※４  （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)  ※５ |  | |
| 上記業務の  従事期間　※6 | 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 | | |

※次ページ　記入に関する注意事項　についてお読み下さい。

※必ず、証明者欄の印が押印してあることを確認してください。

　記入に関する注意事項

※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

　　 【個別支援計画の作成業務】

　　　：利用者へ面接の上アセスメントを実施、個別支援計画の原案を作成、サービス管理責任者等が開催

する個別支援計画の作成に係る会議への参画、個別支援計画の説明・利用者の同意・交付、モニタ

リングの実施等、個別支援計画作成に係る一連の業務

※4　業務内容が「個別支援計画の作成業務」の場合は、個別支援計画作成に係る一連の業務を行った件数を　記載してください。

　（実践研修の受講要件である実務経験を「６月以上」として申込む場合、個別支援計画の一連業務を10件以上行っている必要があります。）

※5　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 |

※6　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。