

令和 年 月 日

実務経験証明書

(実務経験2年以上の方)

事業所所在地： _____

事業所名： _____

代表者職氏名： _____ 職印 _____

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
		S・H 年 月 日生
業務内容	☐ 相談支援業務 ☐ 直接支援業務 ※該当するものに✓をしてください。	
実務従事期間	自 年 月 日	
	至 年 月 日 (年 ヶ月)	

<留意事項>

1 実務経験証明書に記載の就業状況等について、確認を行いますので正確に記入してください。

2 次の場合には、実務経験証明書として無効となりますので御注意ください。

- ・証明権限を有する者（実務従事期間に勤務していた事業所等の代表者）の印のないもの
- ・施設、事業所名又は実務従事期間の記入もれ及び不明なもの

3 「業務内容」欄の「相談支援業務」「直接支援業務」とは次の業務を指します。

相談支援業務：身体上若しくは精神上の障害がある者又は環境上の理由により日常生活を営むのに支障がある者（又は児童）の日常生活の自立に関する相談に応じ、助言、指導その他の支援を行う業務

直接支援業務：身体上又は精神上の障害があることにより日常生活を営むのに支障がある者（又は児童）につき、入浴、排せつ、食事その他の介護を行い、並びにその者及びその介護者に対して介護に関する指導を行う業務又は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その他の支援を行い、並びにその訓練等を行う者に対して訓練等に関する指導を行う業務その他職業訓練又は職業教育に係る業務

4 「実務従事期間」欄は、【基礎研修】の修了翌日から【実践研修】前日までの期間を証明する内容としてください。