【基礎研修】

返却しませんので写しを送ってください

記入例

実務経験証明

公印は、忘れずに 押印してください。

施設 • 事業所所在地福岡県福岡市博

施設・事業所名 放課後等デイサービスさく

代表者氏名 福祉

太郎 公印

電話番号

092----

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。

記入日: 西暦 2024 年 3 月 1 日

ふりがな		ふくおか はなこ	
氏	名	福岡 花子	生年月日: <u>1985年</u> 5 月 10 日
事業所所在地		〒812-001 福岡県福岡市博多区	
施設・事業所名		放課後等デイサービス さ	ださい。不備は受付不可
		事業所番号(〇〇〇〇〇〇〇	
施設・事業所の種別		障害児通所支援事業	※別紙1-1, 1-2から転記
業 務 期 間 ※2024年3月末見込み で記載可		西暦 2019年 8月 1日~	~2022年 10月 31日 (3年3月間)
		備考:うち、2020年9月1日から11月30日までは産休取得	
うち業務に従事した日数		560 日 ※日数は必	日末見込みで記載可(休日、休暇は差し引く) 須。無い場合は不備として取り扱う り180日以上である事(別紙1-1、1-2、Q&A参照)
業 内 容 ※ のみ のの の の の の の の の の の の の の の の の の	職名	保育士	※管理者のみ不可
	支援の 種類	①相談支援業務 • (②直接支援業務 ※該当する方を〇で囲む
	具体的な 職務内容	生活能力の向上に	対しての日常生活動作等の訓練、 必要な訓練等を行っている。
	a +/ - =⊓.		D. 加加哈雷老事步传到"你不舒刚士司子士"。

- (注) 1. 施設・事業所名欄には、障害者支援施設(旧・知的障害者更生施設)等の種別も記入するこ
 - 2. 業務期間欄は、証明を受ける者が障害者に対する直接的な援助を行っていた期間を記入すること。(産休・育休・療養休暇や長期研修期間等は業務期間となりません)
 - 3. 1年以上の実務経験とは、業務に従事した期間が1年以上であり、かつ実際に業務に従事した日数が1年あたり180日以上であること。
 - 4. 業務内容欄の職名欄は、生活支援員、看護師等の職名を記入し、具体的な職務内容欄は具体的に記入すること(記入例参照)
 - 5. 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。
 - 6. 一か所でも空欄がある場合、書類不備として取り扱います。すべてご記入ください。