

【返却しませんので写しを送ってください。】

【実践研修】 〈カテゴリ-B実務経験(0JT)6月〉 ※コピーを送る 【様式2】

実務経験証明書(基礎研修修了) 記入例

施設・事業所所在地 福岡県

公印は、忘れずに
押印してください。

施設・事業所名 放課後等デイサービス

代表者氏名 福祉 太郎

電話番号 092-●●●●-●●●●

公印

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。

記入日： 西暦 2025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 1985年 5月 15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 事業所番号(123456789) | |
| 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 ※基礎研修修了まで実務経験を記入してください。 ※基礎研修受講後の実務経験は記入しない。 | 西暦 2014年 4月 1日～ 2024年 1月 31日(〇年〇月間) 備考： | |
| うち業務に従事した日数 | 2200 日 | ※基礎研修修了まで実務経験を記入。(休日、休暇は差し引く) ※日数は必須。無い場合は不備として取り扱う ※1年あたり180日換算(別紙1-1, 1-2, Q&A参照) |
| 業務内容 ※管理者のみ不可(Q&A参照) | 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○で囲む |
| | 具体的な職務内容 | 障がいをもった児童に対しての日常生活動作等の訓練、生活能力向上に必要な訓練を行っている。 |

- (注)
- 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と。
 - 業務期間欄は、証明を受ける者が障がい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)
 - 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。
 - 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)
 - 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。
 - 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。

(2025年度前期)