

(参考様式4)

【作成例】 実務経験証明書

●●年●●月●●日

千葉県知事 様

法人所在地 千葉県* *市* * 1-2-3

法人名 社会福祉法人▲▲会

代表者氏名 理事長 ▲▲ ▲▲

本件担当者所属 法人本部管理課

本件担当者職氏名 課長 ▲▲▲▲

電話番号 000-000-0000

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	●●年●●月●●日
現住所	郵便番号 (000 - 0000) 千葉県* *市* * 4-5-6		
施設又は事業所名	就労継続支援B型○○○○○○ 施設・事業所の種別 (就労継続支援B型事業所)		
業務期間	令和●●年●●月●●日 ~ 令和●●年●●月●●日 (●●年●●月間)		
うち業務に従事した日数	●● 日		
業務内容	職名 (生活支援員) 障害福祉サービス事業における職業訓練、職業教育に係る業務、動作の指導・知識技能の付与等 (直接支援の業務)		

- (注)
- 施設又は事業所名欄には、障害者支援施設等の種別も記入すること。
 - 業務期間欄は、実務経験証明書作成日又は退職した日までの期間のうち、対象者が要援護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)
 - 業務内容欄は、看護師、生活支援員等の職名を記入し、対象者の本来業務について、障害福祉サービス事業における○○業務、○○実施要綱の○○事業の○○業務等具体的に記入すること。

← 必ず作成日を記載してください。

← 施設・事業所ではなく、法人の所在地・名称を記載してください。

← 法人の代表者の職氏名を記名してください。

← 証明書を作成した法人における本件担当者の所属を記載してください。(法人本部等)

← 証明書を作成した法人における本件担当者の氏名を記載してください。
(代表者印(印鑑登録された法人の実印)を押印した原本を提出する場合は記載不要)

← 証明書を作成した法人における本件担当者と連絡が可能な電話番号を記載してください。
(県から連絡を行い、作成を行ったことが確認できない場合、書類を受理できない場合があります。)

本件担当者所属・職氏名の記載が無い場合、代表者印(印鑑登録された法人の実印)を押印した原本の提出が必要です。

「指定障害者福祉サービスの提供に係るサービス管理を行う者として厚生労働大臣が定める者等」等の関連法令や、指定申請の手引き等を確認の上、**実務経験として認められる施設・事業所及び業務内容であることがわかるように記載すること。**

証明を受けようとする者は、当該業務等が**実務経験として認められる施設・事業所及び業務内容であることを確認し、必要な年数分の証明書を提出すること。**

← 複数の施設等での勤務をまとめて証明する場合、番号を振り、施設名、業務期間、業務内容を区別して記載してください。(行を追加しても構いません。)

← サービスの種別を記載してください。(障害者支援施設、就労継続支援B型事業所、児童発達支援事業所 等)

← 産休等、長期休暇を取得していた場合、当該期間は除いて記載してください。

← 業務日数は実際に勤務した日数(休日を除いた日数)を記載してください。

← 直接支援・相談支援のどちらに該当するか明確に記載されたものを提出してください。