

実務経験証明書

鳥取県知事 様

(証明者) 証明年月日 令和 年 月 日
※1

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※2 (いずれかに○)	相談業務 ・ 直接支援業務	
	業務内容 (具体的に記述)		
	業務に関する資格 (国家資格等による業務の場 合のみ記載)※3		
上記業務の従事期間 ※4	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、退職等で業務に従事しなかった日は除く		

※1 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。

※2 【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

※3 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

※4 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。