

実務経験証明書

(実務経験6か月以上2年未満の方)

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							
条件	<input type="checkbox"/> 「基礎研修」受講時に既に実務経験者である。(相談支援業務又は直接支援業務に3～8年従事している者。) <input type="checkbox"/> OJT(個別支援計画(の原案)の作成)を概ね10件以上の作成を6カ月以上行った。 <input type="checkbox"/> 指定権者へ届出をしている。										
実務経験の内容	(基礎研修終了後、以下のいずれかの業務に6カ月以上従事すること) <input type="checkbox"/> サービス管理責任者等が配置されている事業所において、個別支援計画の原案の作成までの一連の業務を行う場合 <input type="checkbox"/> やむを得ない事由によりサービス管理責任者等を欠いている事業所において、サービス管理責任者等とみなして従事し、個別支援計画の作成の一連の業務を行う場合 ※なお、実務経験として認められるのは、概ね10回以上このような業務を行うこと。										
実務従事期間 (基礎研修終了後から 実践研修受講日前日ま での従事期間を記入)	自	年	月	日	至	年	月	日	(年	ヶ月)
連絡事項											

<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ご注意ください。
 - ・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
 - ・施設又は事業所名、実務従事期間の記入もれ及び不明なもの