実務経験証明書

年　　月　　日

施設又は事業所所在地及び名称

代表者氏名 印

電話番号

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 |
| 施設又は事業所名 |  | | |
| 業務期間 | 年　 月 　日 ～　　 　年　 月 　日（ 年 　 月間） | | |
| 業務内容 | 職名（　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | |

（注）

１．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）

現在、既に必要とする実務経験期間を満たしている場合は、実務経験証明書作成日までの期間または、退職した日までの期間を記入してください。

２．業務内容欄は、障害福祉の相談支援、精神保健福祉の相談支援、精神保健福祉の援助業務等、業務内容について具体的に記入すること。

３．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。