

(参考様式4)

# 実務経験証明書

様 令和 年 月 日 番 号

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)
現住所	
施設又は事業所名	施設・事業所の種別 ( )
業務期間	年 月 日～ 年 月 日 ( 年 月間)
うち業務に従事した日数	
業務内容	職名 ( )

- (注) 1. 施設又は事業所名欄には、知的障害者更生施設等の種別も記入すること。  
2. 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。

3. 業務内容欄は、生活指導員、看護師等の職名を記入し、本来業務について、知的障害者更生事業における〇〇業務、〇〇実施要綱の〇〇事業の〇〇業務等具体的に記入すること。

また、療養病床の病棟等において介護業務を行った場合は明記し、当該病棟が療養病床として許可等を受けた年月日を記入すること。

4. 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。