

# 実務経験及び研修証明書

番号

令和3年4月22日

佐世保市長 様

法人名 社会福祉法人 佐世保福祉会  
 所在地 長崎県佐世保市八幡町1番10号  
 代表者氏名 理事長 佐世保 太郎 印  
 事業所名 佐世保事業所  
 電話番号 0956-12-3456

下記の者の就労支援の実務経験又は研修は以下のとおりであることを証明します。

氏名	〇〇 〇〇 (生年月日: 昭和 50 年 4 月 1 日)		
現住所	長崎県佐世保市〇〇町〇〇番〇〇号 〇〇マンション〇〇号室		
実務経験の施設又は事業所名	事業所名	〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇	施設・事業所の種別 就労移行支援
実務経験期間	平成 25 年 4 月 1 日 ~ 令和 3 年 3 月 15 日 ( 7 年 11 月 )		
業務内容	職名	就労支援員	
	職務内容	職場実習のあっせん、求職活動の支援及び就職後の職場定着のための支援、就業に関する相談支援等の実施	
研修の内容	研修実施主体名	独立行政法人高齢・障害・求職者雇用支援機構	
	研修名	職場適応援助者養成研修	
	研修修了年月日	令和 2 年 8 月 15 日	

- (注)
1. 施設又は事業所名欄には、施設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。)
  3. 業務内容欄は、本来業務について、施設における就労支援に関する業務を具体的に記入すること。
  4. 添付として、研修修了証(もしくは研修を修了したことを証明できる書類)を添付すること。
  5. 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。
  6. 就労支援関係研修修了加算を算定する場合に作成し、都道府県知事に届け出ること。