

(参考様式5)

記入例

# 実務経験見込証明書

佐世保市長 様

法人名  
職名・氏名

番 号  
令和3年4月22日

事業者名 社会福祉法人 佐世保福祉会  
代表者氏名 理事長 佐世保 太郎 印  
電話番号 0956-12-3456  
法人の主たる事務所の電話番号

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	佐世保 次郎 (生年月日 昭和50年4月1日)
現 住 所	長崎県佐世保市高砂町5番1号
施設又は事業所名	佐世保事業所 施設・事業所の種別 ( 障害福祉サービス事業所 ) <small>同一事業所であっても、例えば管理者・サビ管とその他従業者を異なる期間で従事した場合は、別業で作成すること</small>
業 務 期 間	正確な年月数を記入すること 平成29年6月1日～令和3年5月31日 ( 5 年 0 月間)
業 務 内 容	職名 ( 生活支援員 ) 就労継続支援B型事業所において、利用者に対する直接支援業務 ( 日常的な介護、職業指導、相談支援 ) を実施 <small>「相談支援業務」か「直接支援業務」か及び具体的な業務の内容を明確に記入すること</small>

- (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、受験申込者が要援護者に対する直接的な援助を行うと見込まれる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、看護師、生活指導員等の職名を記入し、受験申込者の本来業務について、老人デイサービス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。