（参考様式）

**従　事　証　明　書**

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　令和　　年　　月　　日

　群 馬 県 知 事　あて

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　施設又は事業所名

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　電話番号

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　代表者名 印

　下記の者は、以下のとおり当施設（事業所）の業務に従事していたことを証明します。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |
|  氏　　名 |  |  |
|  |  |  |
|  |  　大正 |  |
|  生年月日 | 　　昭和　　　年　　　月　　　日 |  |
|  | 　　平成 |  |
|  |  |  |
|  住　　所 |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  就業期間 | 　　　年　　月　　日から　　年　　月　　日まで （　　年　　月） |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
| 　従事日数 | 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　日 |  |
|  |  |  |
|  |  ・老人デイケア　・重度認知症患者デイケア　・精神科デイケア |  |
| 　業務内容 |  ・作業療法　　　・理学療法　　　　・指定通所ﾘﾊﾋﾞﾘﾃｰｼｮﾝ事業 |  |
| （施設基準） |  |  |
|  |  ※各施設基準の届出書の写しを添付してください。 |  |
|  |  　（指定通所ﾘﾊﾋﾞﾘﾃｰｼｮﾝ事業は除く。） |  |

＊記入上の注意

　当証明書は、経験を有する看護婦になる場合に、老人保健法の規定による医療に要する費用の額の算定に関する基準（老人診療報酬点数表）に定める老人デイケア、重度認知症患者デイケア、精神科デイケア、作業療法（老人作業療法を含む）、理学療法（老人理学療法を含む）に係る施設基準の届出を行った保険医療機関等若しくは介護保険法の規定による指定通所リハビリテーション事業所において、それらに**１年以上従事した者**であることを証明し、提出するものとし、１枚で証明できない場合は、複数枚提出してください。

　なお、「１年以上従事した者」とは、業務に従事した期間が通算３６５日以上かつ業務に従事した日数が１８０日以上である者とします。