|  |
| --- |
| **研修受講用** |

**（様式２－２）**

**実務経験（見込）証明書**

群馬県知事　様

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。

法人又は

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　施設・事業所の名称　　

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　所在地　　　　　　　　　　　　　　　　　　　

　　　　　　　　　連絡先電話番号

　　　　　　　　　代表者　職・氏名 　　　 　 職印

|  |  |
| --- | --- |
| 証明日 | 令和　　　　年　　　　月　　　　日 |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 氏　　名 | |  | | | | 生年月日 | 昭和  平成　　　　　　　　　　年　　　月　　　日 | | |
| 業務従事期間  **（A+B）** | | 年　　　ヶ月　　　日 | | | 業務に従事した日数**（a+b)** | | 日間 | | |
| 内　訳 | | | | | | | | | |
| Ａ欄 | 施設・事業所名 |  | | | | | | | |
| 所在地 | ※本部・本社の所在地ではなく、勤務先施設・事業所の所在地を記入してください。 | | | | | | | |
| 事業種別 |  | 業務内容 |  | | | | | |
| 業務従事期間 | 病休等休職期間がある場合はＡ欄とＢ欄に休職期間前、休職期間後を分けて記入してください。  昭和　　　　　　　　　　　　　　　　　昭和  平成　　　　年　　　月　　　日～　平成　　　　年　　　月　　　日  令和　　　　　　　　　　　　　　　令和 | | | | | | 業務従事期間Ａ | 業務に従事した日数**a** |
| 年　　　ヶ月　　　日 | 日間 |
|  | | | | | | | | | |
| Ｂ欄 | 施設・事業所名 |  | | | | | | | |
| 所在地 | ※本部・本社の所在地ではなく、勤務先施設・事業所の所在地を記入してください。 | | | | | | | |
| 事業種別 |  | 業務内容 |  | | | | | |
| 業務従事期間 | 病休等休職期間がある場合はＡ欄とＢ欄に休職期間前、休職期間後を分けて記入してください。  昭和　　　　　　　　　　　　　　　　　昭和  平成　　　　年　　　月　　　日～　平成　　　　年　　　月　　　日  令和　　　　　　　　　　　　　　　　　令和 | | | | | | 業務従事期間Ｂ | 業務に従事した日数**b** |
| 年　　　ヶ月　　　日 | 日間 |
|  | | | | | | | | | |

※**記入上の注意（裏面「実務経験（見込）証明書の記入上の注意」参照）**

・実務経験証明者は、法人・施設等の証明権限を有する方（代表者、 管理者、事務局長等）とします。

・**受講申込者が自書したものは無効となります（氏名、生年月日等部分的に自書した場合も無効）。**（個人開業者を除く。）

・**記入を誤った場合は、二重線で消し、証明権限を有する方の職印「長の印」で訂正してください（修正液等の使用による訂正は無効）。**

**実務経験（見込）証明書の記入上の注意**

**証明書を作成する前に、必ずお読みください。また、別添「記入例」も併せて御覧ください。**

|  |
| --- |
| ・勤務先が複数ある場合はそれぞれの実務経験（見込）証明書が必要になりますので、裏面も含め両面コピーをして使用してください  ・一枚の用紙で複数の実務経験を証明できるのは、証明者が同一の法人の場合のみです。  ・用紙が足りない場合はコピーし、用紙ごとに証明してください。  ・記入を誤った場合は二重線で消し、必ず職印「長の印」を訂正印として押印してください。  訂正印のないもの、個人印での訂正、修正液等の使用による訂正は無効となります。  ・受講申込者が一部でも自書した証明書は無効となります。 |

１「事業種別」

　・施設・事業所の事業種別について記入してください。

　　 例　「居宅介護」「相談支援」「放課後等デイサービス」

・施設・事業所が多機能型に該当する場合は「多機能型（事業種別１・事業種別２）」と記入してください。

　 例　「多機能型（生活介護・就労継続支援Ｂ型）」

２「業務内容」

　・受講申込者の業務について、具体的に記入してください。

　　 例　「居宅介護サービス利用者の居宅において、食事・入浴・排せつ介助を主とした介護業務」

３「業務従事期間」

　・受講申込者が、業務に従事していた期間を記入し、該当する年号を○で囲んでください。

・法定資格等に基づく業務（看護師、介護福祉士等）の当該業務従事期間は、登録日以降としてください。

・産前産後休暇や有給休暇は業務従事期間に含むことができます。

・休職期間（病気休業、育児休業、介護休業等）は業務従事期間に含むことができません。

・休職期間がある場合はＡ、Ｂ欄に休職期間前と休職期間後に分けて記入してください。

　・同一法人において、他の事業所に異動した場合又は事業種別が変わった場合の証明については、Ａ、Ｂ欄に分けて記入してください。

　・業務従事期間が「見込」で、現在の勤務先からの証明がある場合は、年度末（令和６年３月３１日）まで算入可とします。

４「業務に従事した日数」

　・上記「業務従事期間」のうち、実務経験要件に該当する業務に従事した日数（年間日数から、休日・病気休業等で業務に従事しなかった日を除いた日数）について、記入してください。

　・１日に２か所以上勤務している場合、重複して業務従事期間及び業務従事日数を算定することができません。

　・１日の業務従事時間が短い場合についても、１日として算定できます。

**記入例**

**（2か所の実務経験を証明する場合）**

|  |
| --- |
| **研修受講用** |

**実務経験（見込）証明書**

群馬県知事　　様

下記の者の実務経験は、以下のとおりで

**訂正をする場合は、訂正箇所に二重線を引き、訂正の上、必ずこの印を訂正印として押印すること**

あることを証明します。

法人又は

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　施設・事業所の名称　　**社会福祉法人群馬県**

**記入内容について確認する場合がありますので、提出する書類は必ず控え（コピー）を取ってくだざい。**

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　所在地　　**群馬県前橋市大手町１－１－１**

　　　　　　　　連絡先電話番号  **◯◯◯－◯◯◯－◯◯◯◯**

**社会福祉**

**法人群馬**

**県理事長**

**之印**

　　　　　　　　代表者　職・氏名 　　**理事長　群馬　太郎** 　 職印

**必ず証明日を記入**

|  |  |
| --- | --- |
| 証明日 | 令和　　**◯**　年　　**◯**月　　**◯**日 |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 氏　　名 | | **前橋　花子** | | | | 生年月日 | 昭和  平成　　　**５０**年　　**３**月　　**１３**日 | | |
| 業務従事期間  （A+B） | | **３**年　　**７**ヶ月　　**３９**日 | | | 業務に従事した日数（a+b) | | **６７１**　日間 | | |
| 内　訳 | | | | | | | | | |
| Ａ欄 | 施設・事業所名 | **社会福祉法人群馬県　居宅介護支援事業所ぐんま** | | | | | | | |
| 所在地 | **群馬県赤城市赤城１－１－１**  ※本部・本社の所在地ではなく、勤務先施設・事業所の所在地を記入してください。 | | | | | | | |
| 事業種別 | **居宅介護** | 業務内容 | **居宅介護サービス利用者の居宅において、食事・入浴・排せつ介助を主とした介護業務** | | | | | |
| 業務従事期間 | 病休等休職期間がある場合はＡ欄とＢ欄に休職期間前、休職期間後を分けて記入してください。  昭和　　　　　　　　　　　　昭和  平成　**２３**年　**４**月　**１**日～　平成　**２４**年　**２**月　**２０**日  令和　　　　　　　　　　　　令和 | | | | | | 業務従事期間Ａ | 業務に従事した日数**a** |
| 年**１０**ヶ月**２０**日 | **１９１**  ２００日間 |
| **社会福祉**  **法人群馬**  **県理事長**  **之印** | | | | | | | | | |
| Ｂ欄 | 施設・事業所名 | **社会福祉法人群馬県　デイサービスセンターぐんま**  **休職期間除く**  **実務経験要件に該当する業務の内容を具体的に記入** | | | | | | | |
| 所在地 | **群馬県榛名町榛名３－２－１**  ※本部・本社の住所ではなく、勤務先施設・事業所の住所を記入してください。 | | | | | | | |
| 事業種別 | **生活介護** | 業務内容 | **生活介護事業所において、食事・入浴・排泄介助を主とした介護業務** | | | | | |
| 業務従事期間 | 病休等休職期間がある場合はＡ欄とＢ欄に休職期間前、休職期間後を分けて記入してください。  昭和　　　　 　　　　 昭和  平成　**２４**年　**６**月 **１３**日～　平成　**２７**年　**３**月 **３１**日  令和　　　　　　　　　　　　令和 | | | | | | 業務従事期間Ｂ | 業務に従事した日数**b** |
| **２**年**９**ヶ月**１９**日 | **４８０**日間 |

※**記入上の注意（裏面「実務経験（見込）証明書の記入上の注意」参照）**

・実務経験証明者は、法人・施設等の証明権限を有する方（代表者、 管理者、事務局長等）とします。

・**受講申込者が自書したものは無効となります（氏名、生年月日等部分的に自書した場合も無効）。**（個人開業者を除く。）

・**記入を誤った場合は、二重線で消し、証明権限を有する方の職印「長の印」で訂正してください（修正液等の使用による訂正は無効）。**

**記入例**

**（休職期間がある場合）**

|  |
| --- |
| **研修受講用** |

**実務経験（見込）証明書**

群馬県知事　様

**訂正をする場合は、訂正箇所に二重線を引き、訂正の上、必ずこの印を訂正印として押印すること**

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。

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　法人又は

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　施設・事業所の名称　　**社会福祉法人群馬県**

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　所在地　　**群馬県前橋市大手町１－１－１**

**記入内容について確認する場合がありますので、提出する書類は必ず控え（コピー）を取ってくだざい。**

　　　　　　　　　連絡先電話番号  **◯◯◯－◯◯◯－◯◯◯◯**

**社会福祉**

**法人群馬**

**県理事長**

**之印**

　　　　　　　　　代表者職・氏名 **理事長　群馬　太郎** 　 職印

|  |  |
| --- | --- |
| 証明日 | 令和　　**◯**　年　　**◯**　月　　**◯**　日 |

**必ず証明日を記入**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 氏　　名 | | **前橋　花子** | | | | | | 生年月日 | 昭和  平成　　　**５０**年　　**３**月　　**１３**日 | | |
| 業務従事期間  （A+B） | | **２**年　　**０**ヶ月　　**０**日 | | | | | 業務に従事した日数（a+b) | | **２２９**　日間 | | |
| 内　訳 | | | | | | | | | | | |
| Ａ欄 | | 施設・事業所名 | | **社会福祉法人群馬県　相談支援センターぐんま** | | | | | | | | |
| 所在地 | | **群馬県妙義村妙義１－２－３**  ※本部・本社の所在地ではなく、勤務先施設・事業所の所在地を記入してください。 | | | | | | | | |
| 事業種別 | | **相談支援** | 業務内容 | **相談支援事業所において、相談支援専門員のサービス等利用計画案作成の支援を行う** | | | | | | |
| 業務従事期間 | | 病休等休職期間がある場合はＡ欄とＢ欄に休職期間前、休職期間後を分けて記入してください。  昭和　　　　　　　　　　　　　昭和  平成　　**４**年　**４**月　**１**日～　平成　　**５**年　**３**月　**３１**日  令和　　　　　　　　　　　 　令和 | | | | | | | 業務従事期間Ａ | 業務に従事した日数**a** |
| **１**年　**０**ヶ月　**０**日 | **１００**  **社会福祉**  **法人群馬**  **県理事長**  **之印**  ２２９ 日間 |
|  | | | | | | | | | | | |
| Ｂ欄 | | 施設・事業所名 | | **社会福祉法人群馬県　相談支援センターぐんま**  **休職期間除く**  **実務経験要件に該当する業務の内容を具体的に記入** | | | | | | | | |
| 所在地 | | **群馬県妙義村妙義１－２－３**  ※本部・本社の所在地ではなく、勤務先施設・事業所の所在地を記入してください。 | | | | | | | | |
| 事業種別 | | **相談支援** | 業務内容 | | **相談支援事業所において、相談支援専門員のサービス等利用計画案作成の支援を行う** | | | | | |
| 業務従事期間  **休職期間（育児・療養・介護休業など）等がある場合は、休職期間前と休職期間後を分けて記入してください。** | | 病休等休職期間がある場合はＡ欄とＢ欄に休職期間前、休職期間後を分けて記入してください。  昭和　　　　　　　　　 　 昭和  平成　　**５**年　**４**月　**１**日～　　平成　**６**年　**３**月　**３１**日  令和　　　　　　　　　　　　　　　　　令和 | | | | | | | 業務従事期間Ｂ | 業務に従事した日数**b** |
| **１**年　**０**ヶ月　**０**日 | **１２９**日間 |

※**記入上の注意（裏面「実務経験（見込）証明書の記入上の注意」参照）**

**年度末（ 3月31日）まで算入可**

・実務経験証明者は、法人・施設等の証明権限を有する方（代表者、 管理者、事務局長等）とします。

・**受講申込者が自書したものは無効となります（氏名、生年月日等部分的に自書した場合も無効）。**（個人開業者を除く。）

・**記入を誤った場合は、二重線で消し、証明権限を有する方の職印「長の印」で訂正してください（修正液等の使用による訂正は無効）。**