（参考様式）

**「生活相談員」実務経験証明書**

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　令和　　年　　月　　日

　群 馬 県 知 事　あて

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　法 人 名

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　所在地

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　電話番号

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　代表者名 印

　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 | 　　昭和　　平成　　　　　年　　　月　　　日 |
| 住　　所 |  |
| 従事していた施設・事業所名 |  |
| 従事期間 | 年　　月　　日から　　　年　　月　　日まで （　　年　　月） |
| 実従事日数 | 日 |
| 　業務内容 | ［例．通所介護事業所において介護職員の業務に従事］ |

備考１　当証明書は、通所介護・短期入所生活介護・特定施設入居者生活介護において、次に掲げるいずれかの要件に該当する者を生活相談員として従事させる場合に、介護又は相談業務に従事していた実務経験※１について証明していただく書類です。

（１）社会福祉施設等※２で２年以上（実勤務日数３６０日以上）、介護又は相談業務に従事している者又はしていた者

（２）指定居宅介護支援事業所の介護支援専門員で実務経験２年以上（実勤務日数３６０日以上）の者

　　　　※１　介護又は相談業務に従事していた実務経験とは、各事業所や施設の人員基準に定められた職種として介護又は相談業務に従事した経験を指します。

※２　社会福祉施設等とは、以下の施設を指すものとします。

　　　　 ・社会福祉法第２条に定める第１種社会福祉事業を行う施設

　　　　 ・介護保険施設

　　　　 ・療養病床又は老人性認知症疾患療養病棟を有する病院・診療所

・指定居宅サービス事業所(訪問看護、訪問リハビリテーション、居宅療養管理指導、福祉用具貸与及び特定福祉用具販売を除く）

・指定地域密着型サービス事業所

備考２（１）本証明書は、変更届出書と併せて提出してください。

（２）１枚で証明できない場合は、複数枚提出してください。

（３）別に資格証の写しを添付してください。