参考様式

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 　**実　務　経　験　証　明　書**令和　　年　　月　　日　　山口県社会福祉協議会　会 長　隅　　喜彦　様　　　　　　　　　　　　　事業所、施設又は機関の設置者の住所　　　　　　　　　　　　　〒　　　－　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　事業所、施設又は機関の設置者名　　　　　　　　　　　　　代表者職・氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　 ㊞　　　　　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 |
| 事業所名等※　事業所、施設又は機関の設置者が同一のときは、事業所、施設又は機関ごとに記載する。 | ①（種別）（名） |
| ②（種別）（名） |
| ③（種別）（名） |
| 実務経験年数 | ①　　年　　月　　日～　 　　年　　月　　日（　　年　　月） |
| ②　　年　　月　　日～　 　　年　　月　　日（　　年　　月） |
| ③　　年　　月　　日～　 　　年　　月　　日（　　年　　月） |
| 通算　（　　　年　　月） |

 |

注１　設置者が異なる複数の事業所等での従事期間を通算する場合は、本様式を複写して使用すること。

　２　「実務経験年数」欄は、開催要項の「３ 対象者」の(１)のアに定める事業所等において、サービスを利用者に直接提供する介護職員として実務に従事した期間を記入すること。

　　※　開催要項の「３ 対象者」の（１）のア～オのすべての要件を満たしている場合は、実務経験証明書は不要です。

　３　実務経験年数の算定に当たっては、次の点に留意すること。

　　・　受講申込み時点で算定すること。

　　・　端数の日数は３０日を１か月とし、３０日未満は切り捨てること。

　　・　病気休業、育児休業等による休職期間は除くこと。