

業 務 従 事 期 間 証 明 書

年 月 日

静岡県知事 様

所 在 地

法人名又は事業所等名称

代 表 者 氏 名

Ⓜ

(記入者 記入者連絡先 — —)

下記の者の業務従事期間は、以下のとおりであることを証明します。

| | | | | | |
|------------------|---|--------------|-------------|--------------|-----|
| 氏 名 | (生年月日 年 月 日) | | | | |
| 施 設 又 は 事業所の名称 | | | | | |
| 直接対人援護業務従事期間 | 年 月 日から 年 月 日まで | | 通算 年 か月間 | | |
| 業 務 に 従 事 した 日 数 | 業務従事日数合計(出勤日数合計) 日 注) 休日、休暇、病気、退職、育児休業等で従事しなかった日を除いた日数 | | | | |
| 業 務 内 容 | 施設等の種別等・名称 | 開設年月日又は指定年月日 | 業務内容 職 種 | 従 事 期 間 | 日 数 |
| | | | | ・ ・ ～ ・ ・ | |
| | | | | ・ ・ ～ ・ ・ | |
| | | | | ・ ・ ～ ・ ・ | |
| | | | | ・ ・ ～ ・ ・ | |
| | | | | ・ ・ ～ ・ ・ | |

記入上の注意

- 「氏名」及び「施設又は事業所の名称」の欄以外は、証明を受ける者の業務従事期間を証明する権限を有する者が記載すること。
- 「直接対人援助業務従事期間」の欄には要援護者に対する直接的な援助を行っていた期間を記入すること。医業等、免許取得後でなければ従事できない職務の場合は、免許取得日からの勤務について記入すること。
- 同一法人内で人事異動により、事業所、職種、業務内容に変更がある場合は、「施設等の種別・名称」ごとに区分し、記載すること。この場合、証明者は法人代表者であること。
- 業務従事期間を証明する根拠となる書類(以下「根拠書類」という。)がないときは、証明しないこと。知事は、証明者に対して根拠書類の提出を求めることができる。
- 虚偽記載等の不正の事実があった場合には、知事は、証明を受ける者の介護支援専門員実務研修受講試験の受験の禁止又は合格の決定の取り消しができる。