

(参考様式2-2)

## 生活相談員実務経験証明書

年 月 日

(宛先) 桐生市長

法人名

所在地

電話番号

代表者名

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	年 月 日
住所	
従事していた 施設・事業所名	
従事期間 (雇用されていた期間)	年 月 日から 年 月 日まで ( 年 月)
実従事日数 (実際に従事した日数)	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

- (1) 本証明書は変更届出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。

【生活相談員】

備考2

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患者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

(参考様式2-2)

## 機能訓練指導員実務経験証明書

年 月 日

(宛先) 桐生市長

法人名  
所在地  
電話番号  
代表者名

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	年 月 日
住所	
従事していた 施設・事業所名	
従事期間 (雇用されていた期間)	年 月 日から 年 月 日まで (年 月)
実従事日数 (実際に従事した日数)	日
業務内容	[例: 通所介護事業所において機能訓練指導員の業務に従事]

### 備考1

- (1) 本証明書は変更届出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。
- (1) 1枚で証明できない場合は、複数枚提出してください。
- (2) 別に資格証の写しを添付してください。

### 【機能訓練指導員】

#### 備考2

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、はり師、きゅう師の資格を有する者を機能訓練指導員として従事させる場合に、特定の資格を有する機能訓練指導員※1を配置した事業所※2において、機能訓練指導の業務に6月以上従事した実務経験について証明していただく書類です。

※1 特定の資格を有する機能訓練指導員とは、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、看護師、柔道整復師又はあん摩マッサージ指圧師の資格を有する機能訓練指導員を指します。

※2 通所介護・短期入所生活介護・特定施設入居者生活介護の事業所における実務経験に限ります。

※上記の事業所で機能訓練指導員を配置していたことを確認するため、証明した期間のうち、最終月の勤務形態一覧表を添付してください。

(参考様式2-2)

## オペレーター実務経験証明書

年 月 日

(宛先) 桐生市長

法人名  
所在地  
電話番号  
代表者名

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	年 月 日
住所	
従事していた 施設・事業所名	
従事期間 (雇用されていた期間)	年 月 日から 年 月 日まで ( 年 月 )
実従事日数 (実際に従事した日数)	日
業務内容	[例: 訪問介護のサービス提供責任者として従事]

備考1

- (1) 本証明書は変更届出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。

【オペレーター】

備考2

当証明書は、1年以上(介護職員初任者研修 課程修了者及び旧訪問介護職員養成研修2級修了者)にあっては3年以上)サービス提供責任者として従事した経験を有することもついて証明していただく書類です。