

実務経験証明書（静岡県研修申込用参考様式）

年 月 日

静岡県障害者政策課長 様

所在地 〒 -

名 称

代表者職氏名

印

電話番号

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	(ふりがな)		(生年月日 年 月 日)	
現住所 注2				
保有資格 注2  実務経験に関連する国家資格等のみ記載	名称：	取得時期：		年 月
	名称：	取得時期：		年 月
	名称：	取得時期：		年 月
施設又は事業所名	名称		障害福祉サービス等の種別	
	①			
	②			
	③			
	④			
	⑤			
業務期間 注3	業務期間		常勤・非常勤の別(非常勤のみ勤務日数記載)	
	①	年 月 日～ 年 月 日 ( 年 月間)	常勤 ・ 非常勤 (通算 日間)	
	②	年 月 日～ 年 月 日 ( 年 月間)	常勤 ・ 非常勤 (通算 日間)	
	③	年 月 日～ 年 月 日 ( 年 月間)	常勤 ・ 非常勤 (通算 日間)	
	④	年 月 日～ 年 月 日 ( 年 月間)	常勤 ・ 非常勤 (通算 日間)	
	⑤	年 月 日～ 年 月 日 ( 年 月間)	常勤 ・ 非常勤 (通算 日間)	
業務内容 注4	職名 (届出上の職名等を記載)		業務区分	
	①		相談支援業務 ・ 直接支援業務 ・ 国家資格等に基づく業務	
	②		相談支援業務 ・ 直接支援業務 ・ 国家資格等に基づく業務	
	③		相談支援業務 ・ 直接支援業務 ・ 国家資格等に基づく業務	
	④		相談支援業務 ・ 直接支援業務 ・ 国家資格等に基づく業務	
	⑤		相談支援業務 ・ 直接支援業務 ・ 国家資格等に基づく業務	

注1 複数法人での経歴を証明する場合は、証明する法人ごとに様式を作成し、受講申込み法人がとりまとめて提出すること。  
なお、1法人で6回以上の異動がある等により欄が不足する場合は、2枚に渡って記載すること。

注2 「現住所」「保有資格」については、被証明者が現在所属する法人において記入・証明すること。

注3 業務期間欄は、被証明者が要援護者に対する直接的な援助を行っていた期間又は業務経験として認められる国家資格等に基づく業務に従事した期間を記入すること。(産休・育休・療養休暇や長期研修期間等は業務期間にはなりません)

注4 業務内容欄は、「生活支援員」や「看護師」等の届出上の職名又は国家資格等の名称を記入すること。

注5 証明内容を訂正した場合は、証明権者の職印を押印してください。なお、修正液等による訂正は認められません。

【記入例1】資格のない方の場合

実務経験証明書（静岡県研修申込用様式）

〇年〇月〇日

静岡県障害者政策課長 様

所在地

〒\*\*\*-\*\*\*\* 〇〇市〇〇1-1

名称 社会福祉法人〇〇〇

代表者職氏名 理事長 〇〇 〇〇

印

電話番号 054-221-3599

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	駿州 太郎（すんしゅう たろう）		（生年月日 昭和〇年 〇月 〇日）	
現住所 注2	静岡市葵区追手町9-1			
保有資格 注2 実務経験に関連する国家資格等のみ記載	名称：		取得時期：	年 月
	名称：		取得時期：	年 月
	名称：		取得時期：	年 月
施設又は事業所名	名称		障害福祉サービス等の種別	
	①〇〇〇〇ワークセンター		就労継続支援A型	
	②〇〇〇〇事業所		生活介護	
	③			
	④			
	⑤			
業務期間 注3	業務期間		常勤・非常勤の別（非常勤のみ勤務日数記載）	
	①平成25年4月1日～平成27年3月31日（2年0月間）		非常勤（通算480日間）	
	②平成27年4月1日～平成31年3月31日（4年0月間）		常勤	
	③	年 月 日～ 年 月 日（ 年 月間）	常勤・非常勤（通算 日間）	
	④	年 月 日～ 年 月 日（ 年 月間）	常勤・非常勤（通算 日間）	
	⑤	年 月 日～ 年 月 日（ 年 月間）	常勤・非常勤（通算 日間）	
業務内容 注4	職名（届出上の職名等を記載）		業務区分	
	①職業指導員		直接支援業務	
	②生活支援員		直接支援業務	
	③		相談支援業務・直接支援業務・国家資格等に基づく業務	
	④		相談支援業務・直接支援業務・国家資格等に基づく業務	
	⑤		相談支援業務・直接支援業務・国家資格等に基づく業務	

注1 複数法人での経歴を証明する場合は、証明する法人ごとに様式を作成し、受講申込み法人がとりまとめて提出すること。

なお、1法人で6回以上の異動がある等により欄が不足する場合は、2枚に渡って記載すること。

注2 「現住所」「保有資格」については、被証明者が現在所属する法人において記入・証明すること。

注3 業務期間欄は、被証明者が要援護者に対する直接的な援助を行っていた期間又は業務経験として認められる国家資格等に基づく業務に従事した期間を記入すること。（産休・育休・療養休暇や長期研修期間等は業務期間にはなりません）

注4 業務内容欄は、「生活支援員」や「看護師」等の届出上の職名又は国家資格等の名称を記入すること。

注5 証明内容を訂正した場合は、証明権者の職印を押印してください。なお、修正液等による訂正は認められません。

【記入例2】国家資格等に基づく業務の経験がある方の場合

実務経験証明書（静岡県研修申込用様式）

〇年〇月〇日

静岡県障害者政策課長 様

所在地

〒\*\*\*-\*\*\*\* 〇〇市〇〇1-1

名称

医療法人〇〇〇

代表者職氏名

理事長 〇〇 〇〇

印

電話番号

054-221-3599

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	遠州 花子（えんしゅう はなこ）	（生年月日 昭和〇年 〇月 〇日）
現住所 注2	静岡市葵区追手町9-1	
保有資格 注2 実務経験に関連する国家資格等のみ記載	名称：看護師	取得時期：平成25年3月
	名称：	取得時期： 年 月
	名称：	取得時期： 年 月
施設又は事業所名	名称	障害福祉サービス等の種別
	①〇〇〇〇病院	病院（〇〇科）
	②〇〇〇〇事業所	短期入所
	③	
	④	
	⑤	
業務期間 注3	業務期間	常勤・非常勤の別（非常勤のみ勤務日数記載）
	①平成25年4月1日～平成28年3月31日（3年0月間）	常勤
	②平成28年4月1日～平成29年3月31日（1年0月間）	非常勤（通算240日間）
	③ 年 月 日～ 年 月 日（ 年 月間）	常勤・非常勤（通算 日間）
	④ 年 月 日～ 年 月 日（ 年 月間）	常勤・非常勤（通算 日間）
	⑤ 年 月 日～ 年 月 日（ 年 月間）	常勤・非常勤（通算 日間）
業務内容 注4	職名（届出上の職名等を記載）	業務区分
	①看護師	国家資格等に基づく業務
	②職業指導員	直接支援業務
	③	相談支援業務・直接支援業務・国家資格等に基づく業務
	④	相談支援業務・直接支援業務・国家資格等に基づく業務
	⑤	相談支援業務・直接支援業務・国家資格等に基づく業務

注1 複数法人での経歴を証明する場合は、証明する法人ごとに様式を作成し、受講申込み法人がとりまとめて提出すること。

なお、1法人で6回以上の異動がある等により欄が不足する場合は、2枚に渡って記載すること。

注2 「現住所」「保有資格」については、被証明者が現在所属する法人において記入・証明すること。

注3 業務期間欄は、被証明者が要援護者に対する直接的な援助を行っていた期間又は業務経験として認められる国家資格等に基づく業務に従事した期間を記入すること。（産休・育休・療養休暇や長期研修期間等は業務期間にはなりません）

注4 業務内容欄は、「生活支援員」や「看護師」等の届出上の職名又は国家資格等の名称を記入すること。

注5 証明内容を訂正した場合は、証明権者の職印を押印してください。なお、修正液等による訂正は認められません。

【記入例3】社会福祉主事任用資格等を有する方の場合①

実務経験証明書（静岡県研修申込用様式）

〇年〇月〇日

静岡県障害者政策課長 様

所在地

〒\*\*\*-\*\*\*\* 〇〇市〇〇1-1

名称 〇〇市

代表者職氏名 市長 〇〇〇〇

印

電話番号 054-221-3599

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	豆州 良夫（ずしゅう よしお）	（生年月日 昭和〇年 〇月 〇日）
現住所 注2	静岡市葵区追手町9-1	
保有資格 注2 実務経験に関連する国家資格等のみ記載	名称：児童指導員任用資格	取得時期：平成25年3月
	名称：	取得時期： 年 月
	名称：	取得時期： 年 月
施設又は事業所名	名称	障害福祉サービス等の種別
	①〇〇〇〇小学校	小学校
	②〇〇〇〇小学校	小学校
	③	
	④	
	⑤	
業務期間 注3	業務期間	常勤・非常勤の別（非常勤のみ勤務日数記載）
	①平成25年4月1日～平成28年3月31日（3年0月間）	常勤
	②平成28年4月1日～平成31年3月31日（3年0月間）	常勤
	③ 年 月 日～ 年 月 日（ 年 月間）	常勤・非常勤（通算 日間）
	④ 年 月 日～ 年 月 日（ 年 月間）	常勤・非常勤（通算 日間）
	⑤ 年 月 日～ 年 月 日（ 年 月間）	常勤・非常勤（通算 日間）
業務内容 注4	職名（届出上の職名等を記載）	業務区分
	①小学校教諭	直接支援業務
	②小学校教諭	直接支援業務
	③	相談支援業務・直接支援業務・国家資格等に基づく業務
	④	相談支援業務・直接支援業務・国家資格等に基づく業務
	⑤	相談支援業務・直接支援業務・国家資格等に基づく業務

注1 複数法人での経歴を証明する場合は、証明する法人ごとに様式を作成し、受講申込み法人がとりまとめて提出すること。

なお、1法人で6回以上の異動がある等により欄が不足する場合は、2枚に渡って記載すること。

注2 「現住所」「保有資格」については、被証明者が現在所属する法人において記入・証明すること。

注3 業務期間欄は、被証明者が要援護者に対する直接的な援助を行っていた期間又は業務経験として認められる国家資格等に基づく業務に従事した期間を記入すること。（産休・育休・療養休暇や長期研修期間等は業務期間にはなりません）

注4 業務内容欄は、「生活支援員」や「看護師」等の届出上の職名又は国家資格等の名称を記入すること。

注5 証明内容を訂正した場合は、証明権者の職印を押印してください。なお、修正液等による訂正は認められません。

【記入例4】社会福祉主事任用資格等を有する方の場合②

実務経験証明書（静岡県研修申込用様式）

〇年〇月〇日

静岡県障害者政策課長 様

所在地

〒\*\*\*-\*\*\*\* 〇〇市〇〇1-1

名称

〇〇市

代表者職氏名

市長 〇〇〇〇

印

電話番号

054-221-3599

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	富士山 麓子（ふじやま れいこ）	（生年月日 昭和〇年 〇月 〇日）
現住所 注2	静岡市葵区追手町9-1	
保有資格 注2 実務経験に関連する国家資格等のみ記載	名称：保育士	取得時期：平成25年3月
	名称：児童指導員任用資格	取得時期：平成25年3月
	名称：	取得時期： 年 月
施設又は事業所名	名称	障害福祉サービス等の種別
	①〇〇〇〇幼稚園	幼稚園
	②〇〇〇〇園	児童発達支援
	③	
	④	
	⑤	
業務期間 注3	業務期間	常勤・非常勤の別（非常勤のみ勤務日数記載）
	①平成25年4月1日～平成28年3月31日（3年0月間）	常勤
	②平成28年4月1日～平成31年3月31日（3年0月間）	常勤
	③ 年 月 日～ 年 月 日（ 年 月間）	常勤・非常勤（通算 日間）
	④ 年 月 日～ 年 月 日（ 年 月間）	常勤・非常勤（通算 日間）
	⑤ 年 月 日～ 年 月 日（ 年 月間）	常勤・非常勤（通算 日間）
業務内容 注4	職名（届出上の職名等を記載）	業務区分
	①幼稚園教諭	直接支援業務
	②保育士	直接支援業務
	③	相談支援業務・直接支援業務・国家資格等に基づく業務
	④	相談支援業務・直接支援業務・国家資格等に基づく業務
	⑤	相談支援業務・直接支援業務・国家資格等に基づく業務

注1 複数法人での経歴を証明する場合は、証明する法人ごとに様式を作成し、受講申込み法人がとりまとめて提出すること。

なお、1法人で6回以上の異動がある等により欄が不足する場合は、2枚に渡って記載すること。

注2 「現住所」「保有資格」については、被証明者が現在所属する法人において記入・証明すること。

注3 業務期間欄は、被証明者が要援護者に対する直接的な援助を行っていた期間又は業務経験として認められる国家資格等に基づく業務に従事した期間を記入すること。（産休・育休・療養休暇や長期研修期間等は業務期間にはなりません）

注4 業務内容欄は、「生活支援員」や「看護師」等の届出上の職名又は国家資格等の名称を記入すること。

注5 証明内容を訂正した場合は、証明権者の職印を押印してください。なお、修正液等による訂正は認められません。