

離職介護人材再就職準備金 実務経験証明書

北海道社会福祉協議会会長 様

施設または事業所
所在地及び名称
代表者職名・氏名

印

※証明印の無いものは無効

（ 交付担当者氏名
連絡先電話番号

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。

証明年月日	平成 年 月 日	※本証明書を記載している日にちを必ず記入してください。
在勤時の氏名	生年月日※該当する年号に○	
	昭和・平成 年 月 日生	
事業所または施設名		
施設または事業の 開始年月日 ※該当する年号に○	昭和・平成 年 月 日	
施設または事業所の 種 別		
介護職員等の業務 従事期間 ※該当する年号に○	昭和・平成 年 月 日 ~ 昭和・平成 年 月 日 (年 月 日間)	
上記従事期間における 従事日数	日間	※従事期間中、実際に当該業務に従事した日数を記入してください(休日・病気・産休等で業務に従事しなかった日を除いた日数)
職 種	【職種】上記の従事期間内において、介護職員処遇改善加算の算定要件とされる職種に従事	
	【従事サービス】 ※介護職員処遇改善加算の算定要件とされる職種として、上記の従事期間内において従事したサービスにチェックを付けてください。 <input type="checkbox"/> (介護予防) 訪問介護 <input type="checkbox"/> 夜間対応型訪問介護 <input type="checkbox"/> 定期巡回・随時対応型訪問介護看護 <input type="checkbox"/> (介護予防) 訪問入浴介護 <input type="checkbox"/> (介護予防) 通所リハビリテーション <input type="checkbox"/> (介護予防) 通所介護 <input type="checkbox"/> 地域密着型通所介護 <input type="checkbox"/> (介護予防) 特定施設入居者生活介護 <input type="checkbox"/> 地域密着型特定施設入居者生活介護 <input type="checkbox"/> (介護予防) 認知症対応型通所介護 <input type="checkbox"/> (介護予防) 小規模多機能型居宅介護 <input type="checkbox"/> 複合型サービス <input type="checkbox"/> (介護予防) 認知症対応型共同生活介護 <input type="checkbox"/> 介護福祉施設サービス <input type="checkbox"/> 地域密着型介護老人福祉施設 <input type="checkbox"/> (介護予防) 短期入所生活介護 <input type="checkbox"/> 介護保健施設サービス <input type="checkbox"/> (介護予防) 短期入所療養介護(老健) <input type="checkbox"/> 介護療養施設サービス <input type="checkbox"/> (介護予防) 短期入所療養介護(病院等(老健以外))	

証明書の交付担当者 様へ

① 証明書として無効な場合

（ 貸付希望者が自書したもの(個人開業者は除く)、証明者の公印(職印・登記印)がないもの、施設または事業所名・従事期間・従事日数・職種・業務内容が不明なもの、訂正印がないもの、修正液の使用による修正等があるもの

- ② 内容は雇用関係書類(契約書、シフト表、職員配置図等)や介護記録に基づき、正確に記入してください。
- ③ 交付担当者に記入内容の照会・確認をさせていただくことがあります。