

様式 道社協①号

## 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

札幌市南区南〇〇条西〇〇丁目 △△番△号  
社会福祉法人かでの会 ヘルパーステーション  
理事長 福祉 太郎



の無いものは無効

交付担当者氏名  
連絡先電話番号

庶務課 介護 花子  
011-×××-××××

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	令和2年 7 月 15 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	北海 花子	生年月日※該当する年号に〇	
		昭和60 年 1 月 1 日生	
事業所または施設名	社会福祉法人かでの会 ヘルパーステーション		
事業所または施設の 開始年月日	平成15年 4 月 1 日		
事業所または施設の 種 別 (※1)	訪問介護事業所		
介護職員等の業務 従事期間 (※2)	平成23年10月1日～平成28年6月30日 ( 4 年 8 月 29 日間)		
上記従事期間における 従事日数 (※2)	1, 280 年日間	※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)	
上記従事期間における 職 種 名 業務内容 (※1)	(職種) 訪問介護員	として	(業務内容) 訪問介護 の業務に従事

「介護職員等の業務従事期間」及び「上記従事期間における従事日数」については、**該当する資格取得後の期間・日数を記入**してください。

### 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。

#### (※1) 貸付対象要件となる介護職員等とは、下記のとおりです。

居宅サービス等 (介護保険法 (平成9 年法律第123 号) 第23 条に規定する居宅サービス等をいう。以下同じ。) を提供する事業所若しくは施設又は第一号訪問事業 (同法第115 条の45第1 項第1 号イに規定する第一号訪問事業をいう。以下同じ。) 若しくは第一号通所事業 (同号ロに規定する第一号通所事業をいう。以下同じ。) を実施する事業所において介護職員その他主たる業務が介護等 (社会福祉士法及び介護福祉士法第2条第2項に規定する介護等をいう。) の業務である者

#### (※2) 「介護職員等の業務従事期間」及び「上記従事期間における従事日数」については、下記資格取得後の期間・日数を記入してください。

介護福祉士、実務者研修施設において介護福祉士として必要な知識及び技能を修得した者、介護職員初任者研修を修了した者 (介護職員基礎研修、訪問介護員養成研修 (ホームヘルパー) 1 級課程、2 級課程を修了した者を含む。)