（参考様式）

**生活相談員実務経験証明書**

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　年　　月　　日

（宛先）　前　橋　市　長

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　法 人 名

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　所在地

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　電話番号

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　代表者名 　　　 印

　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 | 年　　月　　日から　　　年　　月　　日まで （　　年　　月） |
| 実従事日数 | 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 |

当証明書は、介護老人福祉施設、通所介護、短期入所生活介護、特定施設入居者生活介護、認知症対応型通所介護、地域密着型特定施設又は地域密着型介護老人福祉施設の生活相談員になる場合に、社会福祉施設等における介護若しくは相談業務又は指定居宅介護支援事業所における介護支援専門員業務に、従事期間２年以上かつ実従事日数３６０日以上従事していた実務経験を証明するものです。

なお、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疾患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