（参考様式）

**経験看護師従事証明書**

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　年　　月　　日

（宛先）　前　橋　市　長

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　施設又は事業所名

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　所在地

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　電話番号

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　代表者名 　　　　 印

　下記の者は、以下の施設（事業所）の業務に従事していたことを証明します。

|  |  |
| --- | --- |
| 氏　　名 |  |
| 生年月日 | 年　　　月　　　日 |
| 住　　所 |  |
| 従事していた  施設・事業所名 |  |
| 施設基準  （該当するものに○） | ・重度認知症患者デイケア　・精神科デイケア  ・脳血管疾患等リハビリテーション科　・運動器リハビリテーション科  ・指定（介護予防）通所リハビリテーション　・理学療法　・作業療法  （※各施設基準の届出書の写しを添付すること。） |
| 従事期間 | 年　　月　　日から　　　年　　月　　日まで （　　年　　月） |
| 実従事日数 | 日 |

当証明書は、通所リハビリテーション事業所の経験を有する看護師になる場合に、通所リハビリテーション又はこれに類するサービスに１年以上従事した者であることを証明するものです。

なお、通所リハビリテーション又はこれに類するサービスとは、以下の施設を指すものとします。

①診療報酬の算定方法に定める重度認知症患者デイケア、精神科デイケア、脳血管疾患等リハビリテーション科、運動器リハビリテーション料に係る施設の施設基準の届出を行った保険医療機関等

②介護保険法に基づく（介護予防）通所リハビリテーションに係る施設基準の届出を行った指定（介護予防）通所リハビリテーション事業所

③「厚生労働大臣が定める特定診療費に係る指導管理等及び単位数」に定める理学療法、作業療法に係る施設基準の届出を行った介護保険施設