（参考様式９）

**機能訓練指導員実務経験証明書**

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　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） |
| 上記従事期間内に当該事業所に配置された機能訓練指導員の資格 |  |
| 業務内容 |  |

当証明書は、介護老人福祉施設、通所介護、（介護予防）短期入所生活介護、（介護予防）特定施設入居者生活介護、（介護予防）認知症対応型通所介護、地域密着型通所介護、地域密着型特定施設入居者生活介護又は地域密着型介護老人福祉施設入所者生活の機能訓練指導員になる場合に、理学療法士・作業療法士・言語聴覚士・看護職員・柔道整復師又はあんまマッサージ指圧師の資格を有する機能訓練指導員を配置した事業所で、６月以上機能訓練指導に従事していた経験を証明するものです。