

# 実務経験証明書

一般社団法人日本医療福祉教育コミュニケーション協会理事長殿

年 月 日

施設・学校又は事業所所在地及び名称

代表者氏名

印

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。

氏名	(生年月日 年 月 日)
現住所	
学校・施設又は事業所名	学校・施設・事業所の種別 ( )
業務期間	年 月 日～ 年 月 日 ( 年 月間)
1週間の内従事した日数	日
業務内容	職名 ( )

- (注) 1. 施設又は事業所名欄には、放課後等ディサービスなどの施設の種別も記入すること。
2. 業務期間欄は、証明を受ける者が発達障害児者に対する直接的な援助を行っていた期間を記入すること。(産休・育休・療養休暇や長期研修期間等は業務期間となりません)
- 週3日以上1年間勤務または従事した場合を1年間と換算します。週2日の場合は、2/3として換算、週1日の場合は、1/3として換算します。
- 例) 週3日従事2年、週1日従事1年、週2日従事1年で合計3年間の実務経験を満たす。
3. 業務内容欄は、生活指導員、看護師、ボランティア等の職名を記入し、発達障害児者への関わりについて具体的かつ簡潔に記入すること。
- また、学校等で発達障害児者に関わった場合は、通常学級であっても、その間、クラスに発達障害児者が在籍していればよい。
4. 証明内容を訂正した場合は、証明権者の印を押印してください。なお、修正液による訂正は認められません。