

障害者支援施設・指定障害福祉サービス事業所勤務証明書

1. 勤務者氏名及び生年月日

氏名 _____

昭和・平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日生

2. 設置(実施)主体

3. 運 営 主 体

4. 運営開始年月 _____ 昭和・平成・令和 _____ 年 _____ 月

5. 施設の名称、勤務期間等

・住 所

・電話番号

名 称	勤 務 期 間		総勤務時間数
	自	(昭・平・令) 年 月	時間
	至	(昭・平・令) 年 月	
	計	年 月	

注)裏面の「勤務条件について」を参照してください。

上記の者は、18歳未満の者が半数以上入所する障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律（平成17年法律第123号）に規定する「障害者支援施設」または「指定障害福祉サービス事業所」（生活介護、自立訓練、就労移行支援又は就労継続支援を行うものに限る）にて児童等の保護または援護に従事していたことを証明します。

令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日

証明者名 _____

証明書作成部署	
連絡先	

※ 証明書の記載内容確認のため、連絡をする場合があります。

「勤務条件について」

1. 平成3年4月1日以降の高等学校卒業（保育科は平成8年4月1日以降の卒業）で、2年以上の勤務経験者の場合
 - ・2年以上の勤務で総勤務時間数が2,880時間以上を満たすこと。

 2. 5年以上の勤務経験者の場合
 - ・5年以上の勤務で総勤務時間数が7,200時間以上を満たすこと。
- ※ 複数施設での勤務の場合は、あわせて1.または2.の勤務期間を満たしている事が必要です。証明書を複写しそれぞれの施設ごとに本証明書を作成してください。
-

—問い合わせ先—

大分県 福祉保健部 こども未来課
電話 097-506-2718