

(参考様式 7)

実 務 経 験 証 明 書

盛岡市長 様 年 月 日 番 号

施設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	
施設又は事業所名	施設・事業所の種別 ()
業 務 期 間	年 月 日～ 年 月 日 (年 月間)
うち業務に従事した日数	
業 務 内 容	職名 ()

- 備考 1 施設又は事業所名欄には、知的障害者更生施設等の種別も記入すること。
- 2 業務期間欄は、受験申込者が要援護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)
- 現在、既に必要とする実務経験期間を満たしている場合は、実務経験証明書作成日までの期間または、退職した日までの期間を記入してください。
- 3 業務内容欄は、看護師、生活指導員等の職名を記入し、受験申込者の本来業務について、老人デイサービス事業における〇〇業務、〇〇実施要綱の〇〇事業の〇〇業務等具体的に記入すること。
- また、療養病床の病棟等において介護業務を行った場合は明記し、当該病棟が療養病床として許可等を受けた年月日を記入すること。
- 4 証明内容を訂正した場合は、証明権者の職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。

(参考様式 7 - 2)

実 務 経 験 見 込 証 明 書

盛岡市長 様 年 月 日 番 号

施設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	
施設又は事業所名	施設・事業所の種別 ()
業 務 期 間	年 月 日 ~ 年 月 日 (年 月間)
うち業務に従事した日数	
業 務 内 容	職名 ()

- 備考
- 1 施設又は事業所名欄には、知的障害者更生施設等の種別も記入すること。
 - 2 業務期間欄は、受験申込者が要援護者に対する直接的な援助を行うと見込まれる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)
 - 3 業務内容欄は、看護師、生活指導員等の職名を記入し、受験申込者の本来業務について、老人デイサービス事業における〇〇業務、〇〇実施要綱の〇〇事業の〇〇業務等具体的に記入すること。

また、療養病床の病棟等において介護業務を行った場合は明記し、当該病棟が療養病床として許可等を受けた年月日を記入すること。
 - 4 証明内容を訂正した場合は、証明権者の職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。

(参考様式 8)

利用者（入所者）又はその家族からの苦情を解決するために講ずる措置の概要

事業所又は施設名	
申請するサービス種類	

措 置 の 概 要	
1	利用者（入所者）又はその家族からの相談又は苦情等に対応する常設の窓口（連絡先），担当者
2	円滑かつ迅速に苦情を解決するための処理体制・手順
※具体的な対応方針	
3	その他参考事項

備考 上の事項は例示であるので，これにかかわらず適宜項目を追加し，その内容について具体的に記載してください。

(参考様式10)

主たる対象者を特定する理由等

事業所名	
障害福祉サービス又は一般相談の種類	

1 主たる対象者

※該当するものを○で囲むこと。

身体障害者（肢体不自由 ・ 視覚 ・ 聴覚言語 ・ 内部障害）
知的障害者 ・ 精神障害者 ・ 障害児（ ）
難病等対象者

※障害児について障害種別を特定している場合は、括弧内に記載

2 主たる対象者を1のとおり特定する理由

3 今後における主たる対象者の拡充の予定

（1）拡充予定の有無

あり ・ なし

（2）拡充予定の内容及び予定時期

（3）拡充のための方策