

(参考様式 7)

実 務 経 験 証 明 書

盛岡市長 様 年 月 日 番 号

法人・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

法人・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	<p>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</p> <p> 窓口の名称 連絡先 苦情受付担当者 苦情解決責任者</p>
2	<p>円滑かつ迅速に苦情を解決するための処理体制・手順</p> <p>※具体的な対応方針</p>
3	<p>その他参考事項</p>

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

(参考様式11)

他の障害福祉サービス事業者など関係機関との連携及び支援体制の概要

記連 携 入施 設 す等 が るあ るこ 場 合 とは	種別	
	名称	
	経営主体	
	所在地	
	事業所から施設までの距離	km（徒歩 分、車 分）
連携・支援体制の内容		

- 備考
- 1 「連携・支援体制の内容」については、夜間や緊急時の対応等、具体的に記載してください。
 - 2 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。
 - 3 連携施設等がない事業所については、支援体制の内容について、明記してください。（夜間における職員配置体制、従業者の資格、緊急時におけるマニュアル等）

(参考様式12)

通院等の乗降介助の実施を申し出る指定居宅事業所のサービス提供体制等確認票

1 事業所

指定居宅介護事業所番号										
事業所の名称										
事業所の所在地										

2 道路運送法に基づく許可について

許可の年月日	許可の種類	営業区域	許可に係る条件の内容

3 事業所の居宅介護の提供体制について

(1) 事業所を運営する法人が所有又は事業所で使用する事業用自動車について

事業所の事業用自動車の総数		台
うち、通院等の乗降介助に使用が可能な車両数		台
うち、リフト付き等特殊な設備を有する車両等		台

(2) 事業所の人員配置状況

	居宅介護事業従業者		左記のうち、通院等の乗降介助に従事可能な人数	
	専 従	兼 務	専 従	兼 務
常 勤 (人)				
非常勤 (人)				
合 計 (人)				

※ 上記の表には、従業者及びサービス提供責任者の実人数を該当項目に記載してください。

(3) 事業所で実施する居宅介護の内容

区分	身体介護		家事援助等		乗降介助
	身体介護	通院介助	家事援助	通院介助	

※ 申請又は変更届で申し出た内容によって、実施する内容に○を記入してください。

(参考様式13)

運 転 従 業 者 一 覧 表

	職 種	氏 名	従業者資格の種類 (ホームヘルパー資格等)
1			
2			
3			
4			
5			
6			
7			
8			
9			
10			
11			
12			
13			
14			
15			

※ 従業者資格については、身体介護を行うために必要な資格（介護福祉士、ホームヘルパー２級等）について記入してください。
（ガイドヘルパー資格については、記入の必要はありません）
この用紙に書ききれない場合は、複写してお使いください。