（参考様式）

**「機能訓練指導員」実務経験証明書**

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　令和　　年　　月　　日

　群 馬 県 知 事　あて

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　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 | 　　昭和　　平成　　　　　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） |
| 実従事日数 | 日 |
| 　業務内容 | ［例．通所介護事業所において機能訓練指導の業務に従事］ |

備考１　当証明書は、通所介護・短期入所生活介護・特定施設入居者生活介護において、はり師、きゅう師の資格を有する者を機能訓練指導員として従事させる場合に、特定の資格を有する機能訓練指導員※１を配置した事業所※２において、機能訓練指導の業務に６月以上従事した実務経験について証明していただく書類です。

　　　　※１　特定の資格を有する機能訓練指導員とは、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、看護師、柔道整復師又はあん摩マッサージ指圧師の資格を有する機能訓練指導員を指します。

　　　　※２　通所介護・短期入所生活介護・特定施設入居者生活介護の事業所における実務経験に限ります。

備考２（１）本証明書は、変更届出書と併せて提出してください。

（２）１枚で証明できない場合は、複数枚提出してください。

（３）別に資格証の写しを添付してください。

（４）上記の事業所で機能訓練指導員を配置していたことを確認するため、証明した期間のうち、最終月の勤務形態一覧表を添付してください。