

障害児通所支援事業勤務証明書

1 勤務者氏名及び生年月日

氏名 _____

昭和 ・ 平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日生

2 事業の種類 (該当するものに○を入れてください。)

事業 種類	障害児通所支援事業 (児童福祉法第6条の2の2第1項) ※放課後等デイサービス・児童発達支援のみ 適用期間：平成24年4月1日から	障害者自立支援法に規定する 「児童デイサービス」 適用期間：平成24年3月31日まで
該当		

3 設置者(法人等名称) _____

4 届出等年月 (昭和・平成・令和) _____年 _____月

5 施設の名称・住所・勤務期間等

名称	住所	勤務期間		総勤務時間数
		自	昭和・平成・令和 年 月	
		至	昭和・平成・令和 年 月	時間
		計	年 月	

※勤務期間及び総勤務時間数について

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年以上の勤務で総時間数が2,880時間以上を満たすこと。

②5年以上の勤務経験者の場合 → 5年以上の勤務で総時間数が7,200時間以上を満たすこと。

※複数の施設で勤務経験がある場合は、通算した勤務期間及び総時間数が要件を満たしていれば、受験資格を認定することができます。①または②の要件を満たしていることが分かるよう、それぞれの施設ごとに勤務証明書を作成してください。

上記の者は、2に掲げる事業にて児童の保護に従事していたことを証明します。

年 月 日

法人名 _____

公印

職名・氏名 _____

電話番号 _____

※公印は法人印又は職名印を押印ください。

※証明書の記載内容を確認するため、連絡をする場合があります。

書類作成上、ご不明な点は神奈川県次世代育成課までお問合せください。

神奈川県次世代育成課 電話045-285-0341

月曜日～金曜日 午前9時00分～午後5時15分(祝日を除く)