

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 設置者（法人等名称） _____

3 届出等年月（昭和・平成・令和） _____ 年 _____ 月

4 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	
		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、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）で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 _____

職名・氏名 _____

電話番号 _____

公印

※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）