（参考様式4）　　（介護予防通所介護相当サービス　生活相談員用）

従　事　証　明　書

令和　　年　　月　　日

（証　明　者）

法人（施設又は事業所）の所在地　〒

法人（施設又は事業所）の名　称

　　　　　代表者（管理者）の役職・氏　名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　印

下記の職員は、社会福祉施設等に勤務し、その勤務実績からして、入所者（利用者）の

生活の向上を図るため適切な相談、援助等を行う能力を有すると認められることを証明します。

|  |  |
| --- | --- |
| 職員氏名 |  |
| 本人の住所 | 〒 |
| 施設又は事業所名 |  |
| 施設（事業）の種類 |  |
| 職　　　種 |  |
| 施設又は事業所での従業期間 | 昭和・平成・令和　　　　年　　月　　日から昭和・平成・令和　　　　年　　月　　日まで　　　　　　　　　　　　　　計　　　　　　　日間 |
| 従業期間のうち、本証明の対象とする従事期間と業務内容 | 上記従業期間のうち、本証明の対象とする業務に従事した期間　　　　　　　　　　　　　　　　　年　　月　　日間業務内容　　 |

注：証明者は、法人の代表者又は施設（事業所）の管理者とすること