本人記入不可

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(実施)主体

3. 運　営　主　体

4. 実　施　場　所

・住　　所

・電話番号

5. 運営開始年月

昭和・平成・令和　　年　　月

6. 施設の名称、勤務期間等

名　　称	勤　務　期　間		総 勤 務 時 間 数
	自	(昭・平・令)　　年　　月	
	至	(昭・平・令)　　年　　月	時間
	計	年　　月	

注)裏面の「勤務条件について」を参照してください。

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。

令和　　年　　月　　日

証 明 者 名　　公印

証明書作成部署	
連 絡 先	

※　証明書の記載内容確認のため、連絡をする場合があります。

「勤務条件について」

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 年以上の勤務で総勤務時間数が 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 年以上の勤務で総勤務時間数が 7,200 時間以上を満たすこと。

※複数施設での勤務の場合は、あわせて①または②の勤務期間を満たしている事が必要です。

注）ご不明な点は新潟県子ども家庭課保育支援係（025-280-5215）までお問い合わせください。