

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・居 宅訪問型児童発達支援のみ 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	時間
		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、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 _____

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 0 4 5 - 2 8 5 - 0 3 4 1

月曜日～金曜日 午前 9 時 00 分～午後 5 時 15 分(祝日を除く)