（添付書類４-２）

従事証明書（オペレーター）

|  |  |
| --- | --- |
| 職員の氏名 |  |
| 職員の生年月日 | 　　　　年　　　　月　　　　日 |
| 事業所の名称 |  |
| 事業の種類 | （介護予防）訪問介護 |
| 職　　　　種 | サービス提供責任者 |
| 事業所での就業期間 | 　　　年　　月　　日～　　　　年　　月　　日　　（　　年　　月） |
| うち本証明の業務（サービス提供責任者）に従事した期間 | ［サービス提供責任者として従事した期間］　　　年　　月　　日～　　　　年　　月　　日　　（　　年　　月） |

上記の者は、以上のとおり（介護予防）訪問介護サービス提供責任者の業務に３年以上従事した経験を有することを証明します。

　　　年　　　月　　　日

　　　　　　　　　　　　　法人名

　　　　　　　　　　　　　（法人でない場合は施設又は事業所名）

　　　　　　　　　　　　　代表者氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　印