

サービス提供体制強化加算に関する勤続年数証明書

所在地
法人名
代表者名
(事業所名)

印

下記の者については、以下のとおり当法人にて勤務していることを証明します。

NO	氏 名	勤務先名称	従事した職種	業務従事年月数
1	(年 月 日生)			年 月
				年 月
				年 月
		現在:		年 月
		合計(通算)		年 月
2	(年 月 日生)			年 月
				年 月
				年 月
		現在:		年 月
		合計(通算)		年 月
3	(年 月 日生)			年 月
				年 月
				年 月
		現在:		年 月
		合計(通算)		年 月
4	(年 月 日生)			年 月
				年 月
				年 月
		現在:		年 月
		合計(通算)		年 月

※サービス提供体制強化加算を申請する事業所ごとに作成してください。

※証明書が複数枚にわたる場合は、適宜コピーして使用してください。

<記入例>

NO	氏 名	勤務先名称	従事した職種	業務従事年月数
1	鹿児島 太郎	特別養護老人ホーム〇〇	介護職員	1年 月
		デイサービス△△	介護職員	年 6月
		訪問介護□□	介護職員	2年 月
		現在:デイサービス××	生活相談員	1年 月
		合計(通算)		4年 6月
	(S30年1月1日生)			