

医療福祉連携実務経験証明書

本施設における医療福祉連携の実務に係る体制及び申請者の医療福祉連携の実務に係る経歴に関し、下記の記載に相違ないことを証明する。

年 月 日

施設名 _____

施設長 _____ 印

所在地 _____

申請者氏名 _____

提出時の年月日を記載すること

1.医療福祉連携に関する実務従事期間

期 間		所属部署
年 月 日～ 年 月 日: 年 ヶ月	常勤・非常勤 (週 時間)	
年 月 日～ 年 月 日: 年 ヶ月	常勤・非常勤 (週 時間)	
年 月 日～ 年 月 日: 年 ヶ月	常勤・非常勤 (週 時間)	

2.担当した事例数*1 (_____ 事例)

実務従事期間中に主に担当した事例数を記載すること

3.主たる指導者の氏名 _____

4.主たる指導者の職種*2 _____

自身が指導に当たっている場合は、所属部署の統括者を記載すること

5.申請者が実務した施設の体制*3

(1)医療福祉連携部門について

(ア)部門の名称 _____

(イ)責任者の氏名(役職) _____ (_____)

(ウ)常勤・非常勤の別 _____ 常 勤 ・ 非 常 勤 _____

(エ)医療福祉連携部門の責任者の職種*2 _____

責任者の勤務態勢を記載すること

直近の1年間の事例数を記載すること

(2)施設で対応した事例数 年間 _____ 事例 (_____ 年 月 日～ _____ 年 月 日)

※該当するものに○をつけてください。

(3)同施設敷地内の連携室の有無(あり・なし)、相談室の有無(あり・なし)、地域包括支援センターの有無(あり・なし)

*1 申請者が主に担当した事例数を記載すること

*2 医師、看護師、社会福祉士等を記載すること

*3 申請者が実務業務を行っていた施設の医療福祉連携体制について記載すること

*4 記入漏れがないようにすること

日本医療マネジメント学会理事長 殿