**提出書類５**

別紙４

　　　　　　　　　　　　　　　　　契約者名

**実務経験証明書**

令和　　年　　月　　日

鹿児島県市町村職員共済組合理事長　殿

従事していた機関名　　　　　　　　　　　　　　.

代表者氏名　　　　　　　　　　　　　印.

下記の者の実務経験は、以下のとおりであることを証明します。

|  |  |
| --- | --- |
| 氏名 | （生年月日　Ｓ・Ｈ　　年　　月　　日生） |
| 住所 | 〒 |
| 看護師免許番号 |  |
| 業務に従事していた機関 |  |
| 機関の所在地 | 〒　　　　　　　　　　　　　　ＴＥＬ　　　　（　　　） |
| 業務期間 | 昭和・平成　　年　　月　　日　～　昭和・平成　　年　　月　　日 |
| 期間：　 　年　 　か月勤務 ・ 業務に従事した年数（　 　　　年） |
| 業務内容 |  |

「保健指導に関する一定の実務の経験を有する看護師」とは、平成２０年４月現在において１年以上（必ずしも継続して１年間である必要はない。）、保険者が保健事業として実施する生活習慣病予防に関する相談及び教育の業務又は事業主が労働者に対して実施する生活習慣病予防に関する相談及び教育の業務に従事した経験を有する看護師と解する。なお、業務に従事とは、反復継続して当該業務に専ら携わっていることを意味する。

　よって、医療機関等において、人間ドック受診者や外来患者に対し保健指導を行っていた看護師は、「保健指導に関する一定の実務経験を有する看護師」に該当しない。