

【参考様式7】

実務経験証明書

平成 年 月 日

施設又は事業所の所在地及び名称	〒							職印
代表者氏名 (役職・氏名)								
電話番号								
証明書作成者	所属・役職等			氏名			認印	

次のとおり主たる業務が介護等の業務である実務経験を証明します。

フリガナ			生年月日	年 月 日		
氏名			年月日			
本人住所	〒					
施設又は事業所名						
施設(事業)種類						
職種						
従業期間及び介護等の業務に従事した日数	従業期間	昭和・平成	年	月	日から	
		昭和・平成	年	月	日まで	
	従業期間(上記算定開始日から算定終了日までの期間)					日
	介護等の業務に従事した日数(上記従業期間のうち)					日