

この証明書は、受験者本人が記入するのではなく、事業所側が証明（記載）するものです。

コピーをして使用してください

(様式 平成30年度版)

実務経験見込証明書

(証明書作成日) 平成 3 0 年 月 日

社会福祉法人 福島県社会福祉協議会長 様

・ 所在地	証明印
・ 施設又は事業所名 (法人名)	
・ 代表者氏名	
・ (電話番号)	
・ (証明書作成者名)	

※申込者本人の記入は不可

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。

申込者	ふりがな		生年月日
	氏名		昭和 平成 年 月 日生
	現住所	〒 -	
	施設又は事業所名称	※法人名ではありません。	
	施設又は事業所所在地	〒 -	
	施設(事業)等種別		
職業(業務)	コードNo	※兼務記載不可。	
業務期間 (要援助者に対する直接的な援助を行っていた期間)	※【別表1】の法定資格に基づく業務は当該免許登録日以降の期間で証明してください。 S S H 年 月 日 ~ H 年 月 日 (年 ヶ月)		
うち業務に従事した日数	いずれかひとつに○をつけてください。 ※休日、休暇、病気、出張、研修等で相談・介護等の業務に従事しなかった日を除いた日数		
	① 900日以上	② その他 ()日	

※事務局記入欄

(注) 1. 裏面の「実務経験証明書記入要領」をよく確認した上で、記入して下さい。

2. 訂正する場合は証明印(代表者の職印)で訂正して下さい。

3. 別表1(国家資格)に基づく業務の場合は、資格登録日と業務期間に差がないか必ず確認して下さい。

--	--