

# 実務経験証明書

年 月 日

従事事業所名 : \_\_\_\_\_

事業所所在地 : \_\_\_\_\_

代表者氏名 : \_\_\_\_\_ 公印

電話番号 : \_\_\_\_\_

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	(旧姓)	生年月日		
		S・H	年	月 日生
業務内容 ※1	相談業務 ・ 直接支援業務 ※該当するものに○をしてください。			
実務従事期間	自 年 月 日 至 年 月 日 ( 年 ヶ月)			

実務経験証明書に記載の就業状況等について、確認を行いますので正確に記入してください。

また、次の場合には、実務経験証明書として無効となりますのでご注意ください。

- ・ 受講申込者（個人開業者を除く）が自署したもの
- ・ 注1 証明権限を有する者(長)の印（職印）のないもの
- ・ 施設又は事業所名、実務従事期間の記入もれ及び不明なもの
- ・ 訂正事項について 注1 証明権限を有する者の訂正印のないもの
- ・ 修正液等の使用による訂正等

注1 証明権限を有する者(長)とは、実務従事期間に勤務していた事業所等または法人の代表者のことをいいます。

※1 相談業務 : 日常生活の自立に関する相談に応じ、助言、指導その他の支援を行う業務、その他これに準ずる業務

直接支援業務 : 入浴、排せつ、食事その他の介護を行い、並びに介護に関する指導を行う業務