

実 務 経 験 証 明 書

第 年 月 日 号

(研修事業者名)

様

事業所の所在地

名 称

電話番号

職・氏名

印

次の者が介護等の業務の従事経験を有することを証明します。

フリガナ	
氏 名	(生年月日： 年 月 日)
所属機関の 事業種類	
本人の携わって いる職種	
就業期間	年 月 日～ 年 月 日 (日)
うち介護等の業務に 直接従事した日数	日

※うち介護等の業務に直接従事した日数とは、1日8時間換算した日数