（参考様式４）

実 務 経 験 証 明 書

年　　月　　日

千葉県知事　様

法人所在地

法　人　名

代表者氏名

本件担当者所属

本件担当者職氏名

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		生年月日	年　　月　　日
現　住　所	郵便番号（　　－　　）		
施設又は事業所名	施設・事業所の種別（　　）		
業務期間	令和　　年　　月　　日　～　令和　　年　　月　　日　（　　年　　月間）		
うち業務に従事した日数	日		
業務内容	職名（　　）		

（注）

１．　施設又は事業所名欄には、障害者支援施設等の種別も記入すること。

２．　業務期間欄は、実務経験証明書作成日又は退職した日までの期間のうち、対象者が要援護者に対する直接的な援助を行っていた期間を記入すること。
（産休・育休・療養休暇や長期研修期間等は業務期間となりません）

３．　業務内容欄は、看護師、生活支援員等の職名を記入し、対象者の本来業務について、障害福祉サービス事業における〇〇業務、〇〇実施要綱の〇〇事業の〇〇業務等具体的に記入すること。