

実務経験（資格要件）等証明書（記載例）

受講申込者 氏名	〇〇 〇〇		申込 電話番号	〇〇〇〇	
申込者 住所	〇〇県〇〇市〇 〇-〇				

福祉系で申込み方は、別紙1に記載されている資格を記入して下さい。資格を証明する書類の添付が必要です。

この経歴が組織運営系または福祉系のどちらかの実務経験を証明するか記載して下さい。

1	経験期間	勤務事業所名	役職名（管理職）	資格	勤務時間/日	勤務日数/週
年月日 ～ 年月日	療養法人 A 老人保健施設 A	なし	看護師	8時間	5日	
資格要件区分	常勤	常勤職員 名				
福祉系	職務内容 具体的に記入	この欄は福祉系で申込み方は記載不要です。（常勤職員数も同様）				

2	経験期間	勤務事業所名	役職名（管理職）	資格	勤務時間/日	勤務日数/週
年月日 ～ 年月日	医療法人 A A 病院	看護部長	看護師	8時間	5日	
資格要件区分	常勤	常勤職員 50名				
平成〇年〇月〇日 ～ 平成〇年〇月〇日	職務内容 具体的に記入	組織や職員数を証明する書類の添付が必要				

3	経験期間	勤務事業所名	役職名（管理職）	資格	勤務時間/日	勤務日数/週
年月日 ～ 年月日	社会福祉法人 B	理事	危険物取扱者	8時間	3日	
資格要件区分	常勤・非常勤	常勤職員 名				
平成〇年〇月〇日 ～ 平成〇年〇月〇日	職務内容 具体的に記入	福祉系に該当しない資格は記載不要です。				

千葉！

例の場合、職務履歴3は社会福祉法人Bの職務履歴です。職務履歴1・2の医療法人Aでの証明書（別紙4）を1枚用意し、職務履歴3の社会福祉法人Bの証明書は別紙4をもう一枚用意する必要があります。（社会福祉法人Bの署名・捺印された証明書も必要）

申込みするにあたり、上

年 月 日

法人住所 千葉県〇〇市〇〇 〇-〇

法人名 医療法人 A 〇〇会

代表者名 〇〇 〇〇 印

※必ず勤務先（勤務していた先）で証明してもらって下さい。

※勤務先が複数の法人にまたがるときは、またがる毎に作成してください。

※証明者の印は、法人代表者の個人印ではなく、事業所（組織）代表者としての押印をもらって下さい。

※【役職名】欄は組織運営系で申込みをする場合に、【資格】欄は福祉系で申込みをする場合に記載して下さい。

※組織運営系は20人以上の組織を統括している（いた）ことを証明する書類、福祉系は資格証の写しを添付して下さい。

印は法人の代表者印を捺印してください。