

様式第 1 号

介護業務実務経験証明書

フリガナ			生年月日
氏 名	(姓)	(名)	昭和 年 月 日 平成
勤務内容	施設（事業所）名		
	事業種別		
	従事する（した）業務		
従事期間（実務経験証明書作成日 又は退職した日までの従事期間）	昭和 平成 年 月 日	昭和 平成 年 月 日 (年 カ月 日)	
上記の従事期間の勤務形態	常勤 ・ 非常勤		
	実勤務日数	日	
	現在の勤務状況	在 職 中・退 職	
	特記事項		
上記の者の実務経験は、以上のとおりであることを証明します。			
平成 年 月 日			
所在地			
施設名又は事業所名			
代表者名			印
電話番号			

※証明書の内容を訂正することは認められません。

※代表者の印は代表者の職印、施設印、法人印等を押印してください。私印は認められません。

※「事業種別」欄には、訪問介護事業所・介護老人福祉施設等を記載してください。

※「従事する業務」欄には、訪問介護・施設介護を記載してください。

※「上記の従事期間の勤務形態」の実勤務日数欄には、1日の時間数を問わず、勤務した日数を記載してください。また、特別な勤務形態である場合は、特記事項欄に記載してください。