

実務経験証明書

(証明者)※
1 証明年月日 令和 年 月 日

法人所在地 〒

法人名称

代表者名

印

以下の内容について、相違ないことを証明します。

氏名			生年月日
			S・H 年 月 日
施設又は事業所 名称	同一団体等であっても勤務先施設・事業所が複数ある場合は、施設ごとに証明書を提出してください。		
施設又は事業所 所在地			
職種名及び業務内容	業務内容※2 (いずれかに○)	相談業務 ・ 直接支援業務	
	業務内容 (具体的に記述)		
上記業務の従事期間	年 月 日～ 年 月 日(年 か月間)		
上記従事期間のうち 業務に従事した日数	日 休日、休暇、研修、退職等で業務に従事しなかった日は除く		

※1 証明者とは、法人の代表者、施設・事業所の長等、証明権限がある人です。個人の印ではなく法人印を使用してください。

※2【相談業務】 日常生活の自立に関する相談に応じ、助言指導等の支援を行う業務
【直接支援業務】 入浴、排せつ、食事等の介護、日常生活における基本的な動作の指導、知識技能の付与、生活能力の向上のために必要な訓練、職業訓練・職業教育等の支援を行う業務または、介護者に対し介護や訓練等に関する指導を行う業務