

実 務 経 験 見 込 証 明 書

第 号
年 月 日

可児市長 様

施設又は事業所所在地及び名称

代表者氏名

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	
施設又は事業所名	施設・事業所の種別 ()
業 務 期 間	年 月 日～ 年 月 日 (年 月間)
うち業務に従事した日数	
業 務 内 容	職名 ()

備 考

- 1 施設又は事業所名欄には、居宅介護、生活介護等の種別も記入すること。
- 2 業務期間欄は、証明を受ける者が障害者に対する直接的な援助を行うと見込まれる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、生活支援員、看護師等の職名を記入し、業務内容について具体的に記入すること。

また、療養病床の病棟等において介護業務を行った場合は明記し、当該病棟が療養病床として許可等を受けた年月日を記入すること。

- 4 証明内容を訂正した場合は、証明権者の職印を押印してください。なお、修正液による訂正は認められません。