

介護業務実務経験証明書

介護職員基礎研修 受講申込用

フリガナ			生 年 月 日
氏 名	(姓)	(名)	大正 昭和 平成 年 月 日
事業等の種類			
事業所の名称			
事業所の所在地			
従事する職種 (名)			
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 (従事期間	昭和 平成 ヶ月)	年 月 日 年 月 日
上記のうち実際に勤務した日数	実勤務日数		日
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			
事業者名 (電話番号)			
代表者			職印

※ 証明内容を訂正した場合は、証明権者の印を押してください。なお、修正液による修正は認められません。

※ 病院に勤務する場合、従事する職種欄に指定介護療養型医療施設等「介護業務の範囲」の対象となる病棟勤務であることがわかるように記載してください。

<三幸福祉カレッジ> 0120-294-350