

介護職員実務経験証明書

令和〇年 4月〇〇日

社会福祉法人群馬県社会福祉事業団
研修指導センター 所長 様

証明日を記入して下さい。

法人名: 社会福祉法人丸丸会

施設所在地: 〒371-〇〇〇〇

施設電話番号: 027-△△-〇〇〇〇

施設代表者職・氏名: 施設長 伊勢 崎子

印
公印押印

証明担当者職・氏名: 事務長 高崎 山男

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	前橋 花子
生年月日	昭和60年 4月 1日
住所	〒370-〇〇〇〇 群馬県〇〇…5番地55
従事期間 (A+B+C)	平成26年 4月 1日から 令和4年 4月 22日まで (7年 1ヶ月)
従事日数 (a+b+c)	1455 日
施設・事業所名	デイサービスセンターつる
施設種別	通所介護
従事期間 A	平成26年 4月 1日から 平成29年 3月 31日まで (3年 0ヶ月)
従事日数 a	720 日
施設・事業所名	特別養護老人ホーム鶴と亀
施設種別	特別養護老人ホーム
従事期間 B	平成29年 4月 1日から 令和3年 4月 22日まで (4年 1ヶ月)
従事日数 b	735 日
施設・事業所名	
施設種別	
従事期間 C	年 月 日から 年 月 日まで (年 月)
従事日数 c	
施設・事業所名	
施設種別	
従事期間 D	年 月 日から 年 月 日まで (年 月)
従事日数 d	日

「受講希望者」の自宅住所を記入して下さい。

申込み記入日までの従事
期間を記入して下さい。

※この証明書は介護福祉士資格取得後5年以上の実務経験(一部を除く)と、現在の勤務先(法人等)に3年以上勤務していることを証明するものです。

※申し込み時に記入していただいた個人情報は、本研修事業でのみ使用いたします。

※裏面をご覧の上、ご記入をお願いします。