

実務経験証明書

年 月 日

埼玉県社会福祉協議会 会長 様

(申請者)
住所

氏名 ㊟

電話番号

法人名及び 施設・事業所名称			
所在地及び 電話番号	〒 電話 () -		
施設・事業所種別		職 種	
介護保険 事業所番号			
従事期間 及び 介護等の業務に 従事した日数	年 月 日 ~ 年 月 日		
	従事期間 (上記従業期間の通算日数)	日	
	従事日数 (上記従事期間に実際に 介護等の業務をした日数)	日	

上記のとおり、介護等の業務の実務経験を有することを証明します。

年 月 日

施設・事業所等名

代表者 職・氏名 印

【潜在介護】