別記様式

実務経験証明書

番号

年月日

厚生労働大臣

指定試験機関　殿

代表者

施設又は事業所名

代表者氏名

下記の者は、以下のとおり介護等の実務経験を有することを証明します。

|  |  |
| --- | --- |
| 氏名 | （生年月日・　　年　月　日）　 |
| 住所 | 〒 |
| 施設又は事業所名 |  |
| 就業期間 | 年　月　日　～　　年　月　日（　　年　月）　 |
| うち介護等の業務に従事した日数 | 日　 |