

担当者氏名	〇〇 〇〇	記載いただいた電話番号又は E メールに、記載内容について確認の連絡をさせていただきます。
電話 番 号	×××-×××-××××	
FAX 番 号	×××-×××-××××	
E メール	〇〇〇@〇〇〇〇	

職務経歴書

ふりがな	さいたま はなこ		生年			
氏 名	埼玉 花子		月日	1970年9月1日		
職務経歴	①法人名	医療法人 ○○会				
	②施設名	介護老人保健施設 ○○○				
	③施設の種類	介護老人保健施設				
	④所在地	茨城県○○○○○○○				
	⑤職 種	看護職				
	⑥労働時間	1週間当たりの所定労働時間 40時間				
	⑦就職年月日	2005年 4月 1日			⑩勤続年数	
	⑧退職年月日	2010年 3月 31日			5年 か月	
	⑨勤務期間から除外する期間・理由	年 月 日から 年 月 日まで (理由 :)			⑪除外期間 年 か月	
					算定期間 (⑩－⑪) 5年 か月	

上記の内容に相違ないことを証明します。

令和7年 ×月 ×日

介護施設等の名称 介護老人保健施設 ○○○

所属長職名・氏名 所属長 ○○ ○○

以前の勤務先に証明してもらってください

注 ⑨⑪の欄は、該当がある場合のみ記載してください。