

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