様式第４号

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

【勤務先施設記入欄】事業主が記入してください。※申請者記入不可

法人名及び 施設・事業所名称			
所在地及び 電話番号	〒 電話（　　）　　－		
介護保険サービスの種別		職　種	
介護保険 事業所番号			
保有資格 ※該当する()に○を付けてください	（　）介護福祉士　（　）訪問介護員(ﾎｰﾑﾍﾙﾊﾟｰ)１級 （　）実務者研修　（　）訪問介護員(ﾎｰﾑﾍﾙﾊﾟｰ)２級 （　）介護職員基礎研修　（　）介護職員初任者研修		
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。
併せて就労先の要件に該当する事業所又は施設であることを証明します。※
※就労先の要件：介護保険サービス事業所又は施設等

年　　月　　日
（証明日は必ず勤務先が記入してください）

施設・事業所等名

代表者　職・氏名　　事業所の公 印

【潜在介護】