

実務経験証明書

20 年 月 日

埼玉県社会福祉協議会 会長 様

申請者氏名	
申請者住所	〒 -
申請者電話番号	

【事業所・施設記入欄】事業主が記入してください ※申請者記入不可

※特定施設入居者生活介護の指定を受けていない住宅型有料老人ホーム、サービス付き高齢者向け住宅は、介護保険サービス事業所に該当しません。
※介護保険サービス事業所番号は、事業所の情報と一致するようご記入ください。

事業所情報	法人名		
	事業所・施設名称		
	事業所所在地及び電話番号	〒 - 電話番号 () -	
	連絡担当者名		
	介護保険サービスの種類		
	介護保険サービス事業所番号		
申請者の保有資格 (該当に☑)		☐ 介護福祉士 ☐ 訪問介護員(ホームヘルパー) 1 級 ☐ 実務者研修 ☐ 訪問介護員(ホームヘルパー) 2 級 ☐ 介護職員基礎研修 ☐ 介護職員初任者研修	
資格を取得した上で 従事した期間 ・ 介護等の業務に 従事した日数		年 月 日 ~ 年 月 日	
		※保有資格の資格登録日以降に従事した期間としてください。 例) 令和2年4月1日入職、令和2年10月15日初任者研修修了の場合 従事期間の始期は令和2年10月15日になります。	
		上記従事期間の通算日数	日
		上記従事期間中に実際に介護業務をした日数	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。

20 年 月 日

事業所等名

事業所の

代表者 職・氏名

公 印