

実務経験（見込）証明書

年 月 日

実務経験（見込み）証明	
ふりがな	生年月日
氏 名	年 月 日生
施設・事業所名称	
施設（事業）等種類 （法令上の事業名）	
職種 （法令上の職種）	
従業期間	S 年 月 日から H 年 月 日まで
上記期間の日数	日
上記期間のうち 介護等業務従事 日数	日

太枠内の期間・日数は、受講する実務者研修の修了日までが対象となります。
 従事期間は通算で1,095日、介護等業務従事日数が540日以上が必要です。
 1事業所で必要な証明が受けられない場合は、複数事業所の証明が必要です。
 また、同一期間内に複数の事業所において業務に従事した場合、別途証明が必要です。
 （別記様式第5号-②従事日数内訳証明書）

上記のとおり当事業所において、介護等の業務に

従事した

従事する見込みである

ことを証明します。

（社福）栃木県社会福祉協議会長 様

所 在 地

法人名／施設・事業所名

代表者／管理者名

㊞

電 話 番 号