

# 実務経験証明書

平成 年 月 日

公益社団法人大阪介護福祉士会 宛

施設又は事業所の所在地

施設又は事業所の名称

代表者氏名

印

電話番号

下記の者の実務経験は、以下のとおりであることを証明します。

フリガナ		生年月日
氏 名		昭和 平成 年 月 日
施設又は事業所名		
施設等の種別	介護保険事業所番号 指定年月日	
業務従事期間	年 月 日～ 年 月 日（ 年 ヶ月）	
介護福祉士取得年月日	年 月	
介護福祉士登録証 NO	第 ー	
施設名 職 種		
実務経験期間	年 月 日～ 年 月 日（ 年 ヶ月）	
施設名 職 種		
実務経験期間	年 月 日～ 年 月 日（ 年 ヶ月）	
施設名 職 種		
実務経験期間	年 月 日～ 年 月 日（ 年 ヶ月）	

※ 複数施設又は事業所がある場合は、コピーして使用下さい。