**実務経験証明書**

**次の者は、公益社団法人大阪介護福祉士会が主催するファンデーション研修受講に関し、下記の通り介護福祉士資格取得後　　　年以上であることを証明します。**

|  |  |
| --- | --- |
| **証明日** | **令和　　　年　　　月　　　日** |
| **事業所**  **施設名** | **連絡先** |
| **証明者** | **所属**  **氏名（自署）** |

**ファンデーション研修受講者**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **ふりがな**  **受講者氏名** |  | | | **生年月日** |
|  | | |
| **実　務　経　験　年　月　日** | | | | **経　験　年　数** |
| **年　　　月　　　日** | | **～** | **年　　　月　　　日** |  |
| **年　　　月　　　日** | | **～** | **年　　　月　　　日** |  |
| **年　　　月　　　日** | | **～** | **年　　　月　　　日** |  |
| **年　　　月　　　日** | | **～** | **年　　　月　　　日** |  |
| **年　　　月　　　日** | | **～** | **年　　　月　　　日** |  |
| **年　　　月　　　日** | | **～** | **年　　　月　　　日** |  |
|  | |  |  |  |