

# 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			
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		