

実務経験証明書

令和 年 月 日

香川県知事 殿

連絡先：

施設又は事業所の 所在地及び名称	〒	—
代表者職氏名		
担当職氏名		
電話番号		

印

次の者は、以下のとおり実務経験を 有する / 有する見込みである ことを証明します。

氏名	(昭和・平成 年 月 日生)		
施設又は事業所名 (介護保険事業所番号)	()	()	()
施設又は事業所の 種類			
施設等開設年月日 (事業開始年月日)			
職種等 (職種名)			
直接対人援助業務 従事期間	年 月 日 から 年 月 日	年 月 日 から 年 月 日	年 月 日 から 年 月 日
	年 か月	年 か月	年 か月
	就労中 / 異動 / 退職	就労中 / 異動 / 退職	就労中 / 異動 / 退職
	合計	年	か月
	うち業務に従事した 日数	日	日
	合計	日	
業務内容			
備考欄			

証明権者の方へ:この証明書を作成いただく際は、別添の注意事項をよくお読みください。

介護保険法(平成9年法律第123号)第69条の31により、不正の手段によって試験を受け(又は受けようとし)た場合、合格を取り消す場合があります。また、同法第69条の39第1項第2号により、不正手段により登録を受けた者は、登録を削除する旨の規定が定められていますので留意してください。