（参考様式17）

実務経験証明書

|  |  |
| --- | --- |
| フリガナ |  |
| 氏　　　　名 |  |
| 生　年　月　日 | 年　　　　月　　　　日 |
| 施設又は事業所の名称 |  |
| 施設（事業）の  種類 |  |
| 職　　　　種 |  |
| 就　業　期　間 | 年　　月　　日～　　　年　　月　　日　　（　　年　　月） |
| うち介護等の業務に従事した日数 | 日 |

上記の者は、以上のとおり介護等の実務経験を有することを証明します。

　　　年　　　月　　　日

　　　　　　　　　　　　　法人名

　　　　　　　　　　　　　代表者氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　印