（参考様式１２）

実務経験証明書

年　　月　　日

　　　　　　　　　　　　　事業者(法人)名

代表者職名・氏名

　下記の者は、以下のとおり介護等の実務経験を有することを証明します。

|  |  |
| --- | --- |
| 氏名 | 年　　月　　日生 |
| 施設又は事業所名 |  |
| 所在地 |  |
| 施設（事業所）種別 |  |
| 就業期間 | 年　月　日～　　　　年　月　日 |
| 上記のうち介護・看護業務に従事した日数 | 日 |
| 常勤・非常勤の別 | 常勤　・　非常勤　　　　※いずれかに○ |

|  |
| --- |
| 備考１「施設種別」は具体的に通所介護、特別養護老人ホーム等と記入してください。 |
| ２　「常勤」とは、事業所における勤務時間が、就業規則に定められた常勤の従業者が勤務すべき時間数に達していることをいいます。雇用形態の正規・非正規ではないことに注意してください。 |
| ※上記の記載内容に記入漏れや不備・不明な箇所がある場合には、内容の確認をさせていただき、必要に応じ書類の追加・再提出をしていただくことがありますので、予めご承知ください。 |