

実務経験(見込)証明書

年 月 日

群馬県社会福祉協議会長 あて

実務経験(見込み)証明	
ふりがな	生年月日
氏名	年 月 日生
施設・事業所名称	
施設(事業)等種類 (法令上の事業名)	
職種 (法令上の職種)	
従業期間	S H 年 月 日から S H 年 月 日まで
上記期間の 従事日数	日
上記の従事期間の うち介護等の業 務従事日数	日

太枠内の期間・日数は、介護福祉士国家試験前日までが対象となります。従事日数は通算で1,095日、介護等業務従事日数が540日以上が必要です。

1事業所で必要な証明が受けられない場合は、複数事業所の証明が必要です。

また、同時に2以上の事業所において業務に従事した場合、別途証明が必要です。(別記要領様式第6号-②従事日数内訳証明書)

上記のとおり当方において、介護等の業務に

従事した

従事する見込みであることを証明します。

法人/施設・事業所の所在地

電話 ()

法人/施設・事業所の名称

代表者/管理者の長

印