別記要領様式第７号－①（要領５関係）

実務経験（見込）証明書

年　 月　 日

　群馬県社会福祉協議会会長　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 | 年　　　月　 　日から 　 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実施年度の３月３１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日以上の証明が必要です。

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７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