

実務経験証明書

令和 年 月 日

一般社団法人山梨県介護福祉士会会長 甘利俊明 殿

施設又は事業所の 所在地及び電話番号	〒 Tel() -
施設又は事業所の 名称及び代表者氏名	 印

次の者の実務経験は、以下のとおりであることを証明します。

申込者氏名	
申込者住所	〒 Tel() -
介護福祉士取得後の 介護業務従事期間	年 月 日 ~ 年 月 日 (年 ヶ月)

* 複数の施設及び事業所より証明を受ける場合はコピーし、施設及び事業所ごとに証明書を作成してください。