

実務経験証明書

平成 年 月 日

岡山県社会福祉協議会会長 様

下記のとおり、介護福祉士の受験資格となる業務に（ 従事している ・ 従事していた ）
ことを届出ます。

住 所	〒	
電話番号		
氏 名	Ⓜ	
業 務 従 事 先	所在地及び 電話番号	〒 電話 ()
	施設名又は 事業所名	
	職 種	
従事期間	平成 年 月 日 から平成 年 月 日 まで	
介護の業務に実際に従事した日数（常勤職員以外の場合記載）		日

※太枠内の期間・日数は、受講する実務者研修の修了日までが対象となります。

従事期間は、介護福祉士国家試験試験の受験年度の3月31日時点において、通算で1,095日、介護等業務従事日数が540日以上であることが必要です。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。

上記のとおり、実務経験を有することを証明いたします。

平成 年 月 日

業務従事先の施設（所属団体）名

代表者名

Ⓜ