【記　入　例】

（様式2）
＊受講推薦者（施設）以外での業務従事歴の証明が必要な場合は、この様式の提出が必要です。

実務経験証明書

本研修の受講要件は、原則
「介護実務経験2年を有する方」です。
2年以上についての証明があれば、
全てを証明する必要はありません。

ふりがな	おかもも	たろう	
氏　　名	（姓）岡桃	（名）太郎	平成　7年　2月　26日
施設・事業所名	グループホーム　明日の神話		
役職・職種名	介護職		
業務内容	介護業務全般		
勤務期間	平成　28 年　4月　1日　～　平成　29 年　3月　31日		

勤務期間は、申請日現在でご記入ください。

上記の者は、当施設（事業所）において上記のとおり勤務し、介護業務に従事していたことを証明します。

※『看護業務のみ』、『介護支援専門員業務のみ』の場合は、介護実務経験に該当しませんのでご留意ください（所属する勤務先によってはその限りではないため、ご不明な場合はお問い合わせください）。

令和　元　年　5　月　17　日

本研修の受講要件は、原則、「介護実務経験2年を有する方」です。2年以上についての証明があれば、全てを証明する必要はありません。
勤務先の変更等で、複数施設の勤務年数において受講要件を充たす方は、該当する勤務年数を証明できる実務経験証明書が必要になります。

所　在　地
　岡山県岡山市北区中山下〇－〇－〇

法人・施設名
　株式会社　備前の会

電話番号
　086－226－0000

代 表 者 名
　理事長　人材　千太

公印