(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

ふりがな	おかもも	たろう	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。
氏名	(姓)岡桃	(名)太郎	
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。

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。

※『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注意ください(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)。

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