

# 実務経験証明書

令和 年 月 日

社会福祉法人

いなべ市社会福祉協議会長 あて

施設・団体名  
(指定事業所番号)

代表者氏名

印

施設種別  
所在地

電話番号

次の者は（介護業務・訪問介護）の従事経験を有することを証明いたします。

(ふりがな)

氏 名

施設・団体名

従事職種

従事期間

年 月 日 ～ 年 月 日

従事日数

日間

※従事職種については、業務内容を含めできる限り具体的に記載してください。

※介護等の実務経験を有する者とは、「指定施設における業務の範囲等及び介護福祉士試験の受験資格の認定に係る介護等の業務の範囲等について」（昭和 63 年 2 月 12 日社庶第 29 号）別添 2 「介護福祉士試験の受験資格の認定に係る介護等業務の範囲等」に定める業務従事期間があることをいいます。