

介護人材再就職準備金実務経験証明書

年 月 日

社会福祉法人千葉県社会福祉協議会会長 様

法人の名称  
施設又は事業所の名称  
代表者職氏名 公印  
所在地  
連絡先電話番号  
(担当者名 )

下記の者の実務経験は、以下のとおりであることを証明します。

(フリガナ) 氏 名	( )	生年月日 昭和・平成 年 月 日
施設又は事業所名 〔 法人名等を含む 〕 〔 正式名称を記載 〕		
施設又は事業所の 種 別		
雇用形態	正職員・非常勤・パートまたはアルバイト・その他 ( )	
雇用期間	昭和・平成 年 月 日～昭和・平成 年 月 日 ( 年 か月)	
うち介護等の業務 に従事した期間	いずれかに○をしてください。 ※実際に介護に従事した日のみ記入 1 180日以上 2 その他( 日)	
業務内容		