

介護人材再就職準備資金実務経験証明書

令和 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	年 月 日～ 年 月 日 (年 ヶ月)	
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		