

実務経験証明書

(離職した介護人材の再就職準備金貸付用)

年 月 日

社会福祉法人大阪府社会福祉協議会会長 様

住所 〒 _____

氏名 _____

TEL _____

<雇用先記入欄 ※業務従事先の内容を記入>

施設・事業所 名称										
施設・事業所 所在地	〒 _____ TEL _____									
施設・事業所種別										
介護保険事業所番号										
従事期間 及び 介護等の業務に 従事した日数	年 月 日 ~					年 月 日				
	従事期間 (上記従業期間の通算日数)					日				
	従事日数 (上記従事期間に実際に勤務した日数)					日				
職 種	<input type="checkbox"/> 介護職員 <input type="checkbox"/> 訪問介護員 <input type="checkbox"/> その他() <small>※サービス提供責任者は対象外です。</small>									
保有して いた資格	<input type="checkbox"/> 介護福祉士 <input type="checkbox"/> 実務者研修 <input type="checkbox"/> 介護職員基礎研修 <input type="checkbox"/> 介護職員初任者研修 <input type="checkbox"/> 訪問介護員(ホームヘルパー)1級 <input type="checkbox"/> 訪問介護員(ホームヘルパー)2級									

<雇用先記入欄>

上記のとおり、介護等の業務の実務経験を有することを証明します。

年 月 日

雇用先の法人・会社名 _____

責任者の **役職名** 及び **氏名** _____

社判