様式第２０－１号

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	該当するものに☑する	□介護職員　□訪問介護員　□その他（　　） ※サービス提供責任者は対象外です。	
保有していた資格	該当するものに☑する	□介護福祉士　□実務者研修　□介護職員基礎研修 □介護職員初任者研修　□訪問介護員（ホームヘルパー）１級 □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