

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		☐ 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