

実 務 経 験 証 明 書

年 月 日

福 山 市 長 様

証明者（施設又は事業所）の  
所在地及び名称  
代表者の職・名前

印

次の者の実務経験は、以下のとおりであることを証明します。

名 前	(生年月日 年 月 日)
住 所	
施設又は事業所の名称	
所 在 地	
業 務 期 間	年 月 日～ 年 月 日 ( 年 月 )
業 務 内 容	

- (注) 1. 次の場合には、この様式を複写して複数の証明書を提出してください。
- (1) 証明者が複数にわたる場合
  - (2) 証明者は同一であるが、実際に勤務した施設や事業所が複数にわたる場合
2. 業務期間欄は、実務経験被証明者が要援護者に対する直接的な介護等の業務に従事した期間を記入してください。( ) は、1 ヲ月未満の日数を切り捨ててください。
3. 業務内容欄は、実務経験被証明者の本来業務について、具体的に、〇〇施設介護職員等と記入してください。さらに、具体的に施設種別（介護老人福祉施設、身体障害者療護施設等）を記入してください。