

実務経験（見込）証明書

年 月 日

福山市長様

施設又は事業所名

代表者の職・名前

㊞

次のとおり実務経験を有す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等	種 別	
	名 称	
	所在地	
	電話番号	
業 務 内 容	職名 ()	
業 務 期 間	年 月 日～ 年 月 日 (年 月間)	
うち業務に従事した日数	日	

注1 該当する実務に従事していた施設又は事業所の長により証明を受けてください。

2 「業務期間」欄は、証明を受ける者が障がい者に対する直接的な援助を行っていた期間を記入してください。
(産休・育休・療養休暇や長期研修期間等は業務期間となりません。)

現在、既に必要とする実務経験期間を満たしている場合は、実務経験証明書作成日までの期間又は退職した日までの期間を記入してください。

3 「業務内容」欄は、生活指導員、看護師等の職名を記入し、業務内容について、知的障害者更生施設における〇〇業務、〇〇実施要綱の〇〇事業の〇〇業務等、具体的に記入してください。