

実務経験証明書

(介護福祉士実務者研修受講資金貸付申請用)

社会福祉法人 滋賀県社会福祉協議会会長 様

平成 (西暦) 年 月 日

氏名 _____ (印)

住所 〒 _____

TEL _____

法人名及び 施設・事業所名称		
所在地・電話番号	〒 _____ TEL ()	
施設・事業所種別		
職 種		
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 (上記従事期間の通算日数)	日
	従事日数 (上記従事期間に実際に勤務した日数)	日

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。

平成 (西暦) 年 月 日

施設・法人名 _____

代表者名 _____ (印)

(公印・事業所印)