

(離職介護人材再就職準備金)

# 実務経験証明書

(西暦) 年 月 日

東京都社会福祉協議会会長 様

住所 〒 -

氏名 (印)

TEL - -

法人名及び施設・事業所名称			
	介護保険の事業所番号		
所在地	〒 -		
	TEL - -		
施設・事業所種別		職 種	
雇用期間及び介護職員等の業務に従事した日数	(西暦) 年 月 日 から (西暦) 年 月 日まで		
	雇用期間 (上記雇用期間の通算日数)		日
	従事日数 (上記雇用期間に実際に勤務した日数)		日

※複数事業所の実務経験を合算して1年以上となる場合は、それぞれの事業所の「実務経験証明書」を提出する必要があります。

※同一期間内に複数の事業所で勤務した場合は、「従事日数内訳書」の提出も必要です。

上記のとおり、介護職員等の業務の実務経験を有することを証明します。

(西暦) 年 月 日

東京都社会福祉協議会会長 様

従事先名称

管理者職名及び氏名

社判

※法人と施設どちらの証明でも構いません

※派遣社員の場合は派遣元と派遣先どちらの証明でも構いません。

※本証明書は介護福祉士国家試験の受験資格となる実務経験を証明するものではありません。