

# 実務経験証明書

年 月 日

東京都社会福祉協議会会長 様

住所 〒 -

氏名 ⑩

TEL - -

研修施設名

法人名及び 施設・事業所名称											
	介護保険の事業所番号または障害福祉 サービスの事業所番号（認定コード）										
所在地	〒 -										
	TEL - -										
施設・事業所種別				職 種							
従業期間 及び 介護等の業務に 従事した日数	年 月 日 から 年 月 日まで ※従業期間は本修学資金の申込日前日までが算定対象となります。										
	従業期間（上記従業期間の通算日数）										日
	従事日数（上記従業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3年以上となる場合は、各事業所の「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（掛け持ち）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、介護等の業務の実務経験を有することを証明します。

年 月 日

東京都社会福祉協議会会長 様

従事先管理者  
職名及び氏名

社判

※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。

同一期間内に複数の事業所で勤務する(掛け持ち)方のみ記入が必要です。  
 なお、所属する事業所ごとに提出していただく必要があります。

従事日数内訳書

年 月 日

東京都社会福祉協議会会長 様

住所 〒

氏名 ⑩

TEL

下記のとおり、介護等の業務に従事しました。

法人名及び 施設・事業所名称	
所在地	〒 TEL ( )

(介護等の業務に従事した日に○をつけてください。)

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	計		
年 月																																		日
年 月																																		日
年 月																																		日
年 月																																		日
年 月																																		日
年 月																																		日
年 月																																		日
年 月																																		日
年 月																																		日
年 月																																		日
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	計		

合計	日
----	---

上記のとおりであることを証明します。

年 月 日

東京都社会福祉協議会会長 様

従事先管理者  
 職名及び氏名

社判