

実務経験証明書

令和 年 月 日

鹿 児 島 市 長

法人名

法人代表者名

下記の者の当法人における実務経験は、以下のとおりであることを証明します。

No.	従業者氏名	生年月日	施設又は事業所名	サービス名	業務内容	業務期間	通算年数	上記のうち業務に従事した日数
1						～	年 カ月	日
2						～	年 カ月	日
3						～	年 カ月	日
4						～	年 カ月	日
5						～	年 カ月	日
6						～	年 カ月	日
7						～	年 カ月	日
8						～	年 カ月	日
9						～	年 カ月	日
10						～	年 カ月	日
11						～	年 カ月	日
12						～	年 カ月	日
13						～	年 カ月	日
14						～	年 カ月	日
15						～	年 カ月	日
16						～	年 カ月	日
17						～	年 カ月	日
18						～	年 カ月	日
19						～	年 カ月	日
⑧ 同						～	年 カ月	日

- 注 1 勤続年数とは、各月の前月の末日時点における勤続年数をいいます。
 具体的には、平成28年 4 月における勤続年数 3 年以上の者とは、平成28年 3 月31日時点で勤続年数が 3 年以上である者をいいます。
- 注 2 同一法人の複数の事業所の勤続年数を合算する場合、二段書き等で対応してください。
- 注 3 「サービス名」は具体的に通所介護、介護老人福祉施設（特別養護老人ホーム）等の介護サービス名を記載してください。
- 注 4 「業務内容」欄は、実務経験被証明者の本来の業務について、具体的に生活相談員、介護職員、看護職員、機能訓練指導員等を記載してください。
- 注 5 「業務期間」欄は、実務経験被証明者がサービスを利用者に直接提供していた期間を記入してください。
 （管理者、事務・経理、送迎運転等は含まれません。）。

※上記の記載内容に記入漏れや不備・不明な箇所がある場合には、内容の確認をさせていただき、必要に応じ書類の追加・再提出をしていただくことがありますので、あらかじめご承知下さい。