

介護人材再就職準備金 実務経験証明書

実務経験証明	
ふりがな	生年月日
氏名	昭和 平成 年 月 日生
施設・事業所名称	
	介護保険事業所番号
施設(事業)等種類 (法令上の事業名)	
職種 (法令上の職種)	常勤 ・ 非常勤
在職期間 (上記期間の日数)	年 月 日から 年 月 日まで
	※【日数： 日 (期間： 年 ヶ月 日)】
上記期間のうち 介護等業務 従事日数	日

※日数の計算については、「社会福祉振興・試験センター」のホームページ内（「介護福祉士国家試験」⇒受験資格（資格取得ルート図）⇒「実務経験による受験」）にある「従業期間計算表」をご活用ください。

上記のとおり当事業所において、介護等の業務に従事したことを証明します。

(社福) 佐賀県社会福祉協議会長 様

年 月 日

所在地

法人名／施設・事業所名

代表者／管理者名

印

電話番号

- 太枠内の期間・日数は、在職期間及び日数を記入ください。
- 1事業所で必要な証明が受けられない場合は、複数事業所の証明が必要です。  
また、同一期間内に複数の事業所において業務に従事した場合、従事日数内訳証明書が必要です。
- 在職期間は、実務経験の対象となる施設（事業）及び職種での在職期間を記入してください。  
(在職期間には、産休、育休、病休等の休職期間も含まれます。)
- 介護業務等従事日数は、従事期間内において実際に介護等の業務に従事した日数を記入してください。  
(年次有給休暇、特別休暇等により実際に介護業務に従事しなかった日数を除きます。)