年　　月　　日

実 務 経 験 証 明 書

＜証明を受ける者＞

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 氏　名 |  | 生年月日 | 　　　　年　　　月　　　日 |
| 現住所 |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 施設・事業所 | 職　種 | 期　間 | 経験年月 | 実務経験 |
|  |  |  |  | 認知症高齢者介護有 ・ 無計画作成有 ・ 無 |
|  |  |  |  | 認知症高齢者介護有 ・ 無計画作成有 ・ 無 |
|  |  |  |  | 認知症高齢者介護有 ・ 無計画作成有 ・ 無 |

上記のとおり業務に従事したことを証明します。

法　　人　　名

代表者職　氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　印

住　　　　　所

電　話　番　号