

様式第3号(第5条関係)

リスタート支援 実務経験証明書

下記の者の実務経験は以下のとおりであることを証明します。

●在勤時の氏名 \_\_\_\_\_

●生年月日      昭和    平成 \_\_\_\_\_年    月    日生

●事業所等の名称 \_\_\_\_\_

●事業所等の種別 \_\_\_\_\_

※訪問介護事業所や介護老人福祉施設など

●従事期間      \_\_\_\_\_年    月    日    ～    \_\_\_\_\_年    月    日

●上記従事期間における従事日数

\_\_\_\_\_日間

※従事期間中、実際に当該業務に従事した日数を記入してください。

(休日・病気・産休等で業務に従事しなかった日を除いた日数)

●職種名、業務内容 \_\_\_\_\_として \_\_\_\_\_の業務に従事

年      月      日

事業所名 \_\_\_\_\_

代表者名 \_\_\_\_\_ 

所在地 \_\_\_\_\_

電話番号    ( \_\_\_\_\_ )      \_\_\_\_\_

※内容は雇用関係書類（契約書、シフト表、職員配置図等）や介護記録に基づき、正確に記入してください。

※証明担当者に記入内容の照会・確認をさせていただくことがあります。