

介護福祉士実務者研修受講資金 実務経験 (見込) 証明書

年 月 日

社会福祉法人宮崎県社会福祉協議会会長 殿

申請者 住 所 〒 -

氏 名 _____ 印 _____

ふりがな		生年月日
氏 名		年 月 日
施設・事業所名称		
施設・事業所の種類		
所在地	〒 - 電話 ()	
職種		
在職期間	年 月 日から 年 月 日まで 【日数： 日 (期間： 年 か月 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 > 資格取得ルート図 > 実務経験による受験) にある「従事期間計算表」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。
従事する見込みであることを証明します。

年 月 日

所 在 地
法人名 / 施設・事業所名
代 表 者 名

公印