

離職介護人材再就職準備金 実務経験証明書

年 月 日

社会福祉法人宮崎県社会福祉協議会会長 殿

法人の名称
 施設又は事業所の名称
 代表者氏名
 所在地

公印

電話番号 ()
 記入担当者

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。

フリガナ 氏名		生年 月日	年 月 日
申込者の現住所	〒 -		
施設又は事業所名			
施設又は事業所種類	(例：訪問介護、通所介護、認知症対策型共同生活介護 等)		
施設又は事業所所在地	〒 -		
雇用期間	年 月 日 ~		年 月 日
	年		か月
うち介護等の業務に従事した実日数	該当するものに☑を付けてください。 休日、休暇、病気、出張、研修等で従事しなかった日は除く。		
	180日以上		その他(日)
業務内容	該当するものに☑を付けてください。 居宅サービス等を提供する事業所若しくは施設又は第一号訪問事業若しくは第一号通所事業を実施する事業所において介護職員その他主たる業務が介護等である その他()		