

実務経験(見込)証明書(令和3年度)

令和 年 月 日

社会福祉法人
高知県社会福祉協議会長 様

(施設・事業所の所在地及び名称)

(代表者氏名) 印

作成担当者氏名 ()

作成担当者電話 () -

受験者氏名	(昭和・平成・令和 年 月 日生)
-------	-------------------

上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。

施設又は事業所名			
施設又は事業所名の 所在地	〒		
業 務 期 間	昭和 平成 年 月 日～ 平成 年 月 日 令和 令和	勤務期間 年 か月	
業 務 従 事 日 数	いずれかひとつを○で囲んでください。なお、2の場合は、日数を記入してください。 ※休日、休暇、病気、休職等で従事しなかった日を除いた日数 1. 900日以上 2. その他()日間		
業 務 内 容	従事した職種(名)		
	施設・事業所の種別		

※記入方法については案内冊子、もしくは高知県社協 HP (<https://www.kochiken-shakyo.or.jp/>) の
介護支援専門員ページ、試験案内の P37～39 をご確認ください。