|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 実務経験（見込）証明書（令和４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　　　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 | 昭和平成令和 | 　　年　　　月　　　日～ | 昭和平成令和 | 　　年　　　月　　　日 | 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P38～40をご確認ください。