|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 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。