実務経験証明書

（実務経験先が異なり代表者が異なる場合は、それぞれ作成してください。）

氏　名

上記の者は、当施設おいて自立支援介護を実践しており、次のとおり実務経験を有することを証明いたします。

|  |  |
| --- | --- |
| 事業所名 | 　　 |
| 従事期間 | 自　年　月　日　より至　年　月　日まで・現在も就業中（現在も就業中の場合、至の日付の記載は不要です。）通算従事期間：　年　月（日単位切り捨て） |

証明者

|  |  |
| --- | --- |
| 事業所の所在地 | 〒　　　　　　　　　　 |
| 代表者（役職・氏名） | 　　　 |
| 連絡先電話番号 | 　　　 |
| 証明書作成者（役職・氏名） | 　　　 |

一般社団法人日本自立支援介護・パワーリハ学会

代表理事　小平　めぐみ　様