

(別添4-8)

実務経験証明書

平成 年 月 日

法人・団体名
施設・事業所名
代表者又は施設長の職・名 印

下記の者は、以下の通り、介護等の業務に従事して（いる・いた）ことを証明します。

○従事者

従事者名		生年月日	年 月 日生
------	--	------	--------

○従事施設・事業所

運営主体	
施設・事業所名	
所在地	
電話番号	
施設・事業種別 (病院の場合、療養病棟等の区分)	

○従業期間等

雇用形態	1 常勤 2 非常勤 3 登録 4 その他 ()
職種	1 介護職員 2 訪問介護員 3 その他 ()
従業期間	年 月 日～ 年 月 日
従事日数	介護等の業務に従事した日数 (日) うち訪問介護に従事した日数 (日)

※介護等の業務とは、「指定施設における業務の範囲等及び介護福祉士試験の受験資格の認定に係る介護等の業務の範囲等について」(昭和63年2月12日付け社庶第29号)及び「指定施設における業務の範囲等及び介護福祉士試験の受験資格の認定に係る介護等の業務の範囲等について」(昭和63年2月12日付け社庶第30号)に定められた業務を指します。