

実務経験（資格要件）等証明書（記載例）

受講申込者 氏名	〇〇 〇〇	申込者 電話番号	〇〇〇-〇〇〇-〇〇〇〇
申込者 住所	〇〇県〇〇市〇 〇-〇	福祉系で申込む方は、別紙1に記載されている資格を記入して下さい。資格を証明する書類の添	

経験期間	勤務事業所名	役職名（管理職）	資格	勤務時間/日	勤務日数/週
組織運営系または福祉系のどちらかの実務経験を証明するか記載して下さい	医療法人A 老人保健施設A	なし	看護師	8時間	5日
1 月日	常勤	常勤職員 名			
資格要件区分	職務内容 具体的に記入	福祉系で申込む方は役職名・常勤職員数は記載不要です			
福祉系					
経験期間	勤務事業所名	役職名（管理職）	資格	勤務時間/日	勤務日数/週
令和〇年〇月〇日 ～ 令和〇年〇月〇日	医療法人A A病院	看護部長	看護師	8時間	5日
2	常勤	常勤職員 50名			
資格要件区分	職務内容 具体的に記入	組織運営系で申込む方は組織図や職員数を証明する書類の添付が必要です			
組織運営系					
経験期間	勤務事業所名	役職名（管理職）	資格	勤務時間/日	勤務日数/週
令和〇年〇月〇日 ～ 令和〇年〇月〇日	社会福祉法人B	理事			
3	常勤・非常勤	常勤職員 30名			
資格要件区分	職務内容 具体的に記入				
組織運営系					

例の場合、職務履歴3は社会福祉法人Bの職務履歴です。職務履歴1・2の医療法人Aでの証明書（別紙4）を1枚用意し、職務履歴3の社会福祉法人Bの証明書は別紙4をもう一枚用意する必要があります。（社会福祉法人Bの署名・捺印された証明書も必要）

千葉県福祉サービス第三者評価調査員養成研修に申込みするにあたり、上記の者は、上記履歴に相違ないことを証明します。

年 月 日

法人住所 千葉県〇〇市〇〇 〇-〇

法人名 医療法人A 〇〇会

代表者名 〇〇 〇〇 印

※必ず勤務先（勤務していた先）で証明してもらって下さい。

※勤務先が複数の法人にまたがる場合は、またがる毎に作成してください。

※証明者の印は、法人代表者の個人印ではなく、事業所（組織）代表者としての押印をもらって下さい。

※【役職名】欄は組織運営系で申込みをする場合に、【資格】欄は福祉系で申込みをする場合に記載して下さい。

※組織運営系は20人以上の組織を統括している（いた）ことを証明する書類、福祉系は資格証の写しを添付して下さい。

印は法人の代表者印を捺印して下さい

【研修機関】

特定非営利活動法人コミュニティケア街ねっと  
Tel.043-290-8063