（参考様式１）

実 務 経 験 証 明 書

番　　号

千葉県知事　様　　令和　　年　　月　　日

法人所在地
法人名称
代表者氏名　　印
電話番号

下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。

氏　　名	（生年月日　　年　　月　　日）
現　住　所	
施設又は事業所名	施設・事業所の種別（　　）
業　務　期　間	年　　月　　日～　　年　　月　　日（　　年　　月間）
うち業務に従事した日数	
業　務　内　容	職名（　　）

（注）１．施設又は事業所名欄には、知的障害者更生施設等の種別も記入すること。

２．業務期間欄は、対象職員が要援護者に対する直接的な援助を行っていた期間を記入すること。（産休・育休・療養休暇や長期研修期間等は業務期間となりません）

現在、既に必要とする実務経験期間を満たしている場合は、実務経験証明書作成日までの期間または、退職した日までの期間を記入してください。

３．業務内容欄は、看護師、生活指導員等の職名を記入し、対象職員の本来業務について、老人デイサービス事業における○○業務、○○実施要綱の○○事業の○○業務等具体的に記入すること。

４．証明内容を訂正した場合は、証明権者の職印を押印してください。なお、修正液による訂正は認められません。