



# 実務経験証明書

年 月 日

一般社団法人 宮城県介護福祉士会

施設又は事業所の名称

施設名又は事業所所在地

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いたします

フリガナ	
氏名	
施設又は事業所名	
施設等の種別	介護保険事業所番号
	指定年月日 年 月 日
業務従事期間	年 月 日～ 年 月 日 ( 年 カ月)
介護福祉士 習得年月	年 月
介護福祉士登録証番号	No,
介護福祉士資格習得後の 実務経験 (3年以上)	年 月 日～ 年 月 日 ( 年 カ月)
職種	

※ 複数施設又は事業所に従事している方は、コピーをしてご使用ください

※ 既に従事している施設で資格習得後3年以上の場合は1部で可