介護業務実務経験証明書

障害者居宅介護従業者基礎研修過程の実習免除申請用

（※ホームヘルプサービス同行訪問　・　在宅サービス提供現場見学）

※いずれかを〇で囲んでください。

20　　年　　月　　日

特定非営利活動法人　自立生活センター・東大和　様

施設・団体名

代表者職・氏名

住所　〒

電話番号

下記の者は、以下のとおり介護業務の実務経験を有することを証明します。

|  |  |
| --- | --- |
| ふりがな |  |
| 氏名 |  |
| 生年月日 | 年　　　月　　　日 |
| 施設・団体名 |  |
| 従事職種 |  |
| 就業期間 | 年　　月　　日～　　　年　　月　　日（計　　年　　月） |

※実務経験については、過去3年間に6か月以上継続的（週1回以上）に勤務したことがあるものを含む。