（参考様式１０）

**実　務　経　験　証　明　書**

　　年　　月　　日

豊山町長

（証明者）

法人の所在地

法人名

代表者の職、氏名　　　　　　　　　　　　　　㊞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。

|  |  |
| --- | --- |
| （フリガナ）氏　　名 | 　　　　　　　　　　　　　　　年　　月　　日　　生 |
| 住　　所（本人） | 〒　　　　－ |
| 事業の種別 |  |
| 施設又は事業所名 | （介護保険事業所番号：　　　　　　　　　　） |
| 業務内容 |  |
| 上記業務に従事した期間 | 　　　　　年　　　月　　　日～　　　　　年　　　月　　　日（　　　　　年　　　　か月） |

(注)

１．「氏名」が勤務表等と異なる場合（旧姓等）、新旧氏名のいずれもが確認できる戸籍抄本等を添付してください。

２．「事業の種別」は、「認知症対応型共同生活介護」「認知症対応型通所介護」等と記載してください。

３．「業務内容」は、「管理者」「生活相談員」「介護職員」等の職名を記載のうえ、当該従業者の業務について「認知症対応型通所介護における○○○業務」など具体的に記載してください。

４．「業務に従事した期間」には、産休、育休、療養休暇や長期研修期間等は含みません。

５．証明内容を訂正した場合は、訂正部分に証明権者の職印を押印してください。

|  |
| --- |
| 担当者氏名： |