

(参考様式8)

## 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

印

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〇〇〇業務」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：