

(参考様式)

## 実務経験証明書

年 月 日

証明者

法人名 \_\_\_\_\_

事業所名 \_\_\_\_\_

氏名及び職名 \_\_\_\_\_

電話番号 \_\_\_\_\_

下記の者の実務経験について以下のとおりであることを証明します。

氏名	
事業所名	
事業所所在地	
実務経験被証明者が機能訓練に従事していた期間	年 月 日 ～ 年 月 日 (通算 年 ヶ月)
上記期間に配置された機能訓練指導員の資格	(記載例) 理学療法士
実務経験被証明者の業務内容	(記載例) ○○デイサービス 介護職員