在宅介護サービス従事経験証明書

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　第　　　　　　　　　号

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　年　　月　　日

　千葉県知事　　　　　　　　　様

事業所の所在地

名　称

電話番号

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　職・氏名　　　　　　　　　　印

　次の者が在宅介護サービスの従事経験を有することを証明します。

|  |  |
| --- | --- |
| フリガナ |  |
| 氏　　名 | （生年月日：　年　月　日） |
| 所属機関の  事業種類 |  |
| 本人の携わって  いる職種 |  |
| 就業期間 | 年　　月　　日～　　　年　　月　　日（　　日） |
| うち介護等の業務に直接従事した日数 | 日 |

※うち介護等の業務に直接従事した日数とは、１日８時間換算した日数