

# 実務経験証明書

年 月 日

社会福祉法人 福井県社会福祉協議会会長 様

就業施設等の所在地  
〒 -

TEL ( ) -

就業施設等の運営法人の名称

就業施設等の名称

就業施設等の長の職および氏名

㊟

次のとおり、業務に従事していたことを証明します。

業務従事者	氏名	
	住所	
職種		
業務の種類		
雇用期間 *どちらかに○をつけてください	年 月 日から 年 月 日まで	
	中断(休業等)期間 年 月 日から 年 月 日まで 中断(休業等)理由( ) → 上記雇用期間のうち、介護等の業務に従事した期間が180日以上 ある ・ ない	