（参考様式７）

実務経験証明書（サービス提供責任者）

|  |  |
| --- | --- |
| 氏名 |  |
| 生年月日 |  |  | 年 |  | 月 |  | 日 |
| 施設又は事業所の名称 |  |
| 事業の種類 |  |
| 職種 |  | （ |  | 年 |  | か月） |
| 就業期間 |  | 年 |  | 月 |  | 日～ |  | 年 |  | 月 |  | 日 |
|  |  |  |  |  |  |  | （ |  | 年 |  | か月） |
| うち介護等の業務に従事した日数 | 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　日 |

上記の者は、以上のとおり介護等の実務経験を有することを証明します。

　　　年　　　月　　　日

法人名称

代表者職・氏名