（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