

番 号

実 務 経 験 見 込 証 明 書

平成 年 月 日

札 幌 市 長 様

法人名	所 在 地
	名 称
代表者氏名	印

以下の者の実務経験は、以下のとおりであることを証明します。

フリガナ 氏 名		生年月日	
現 住 所	(〒 -)		
施設又は事業 所	名称		
	種別		
業務見込期間 (開始年月日～指定(予定) 年月日)	～ (年 月間) 上記のうち業務に従事していない日数 () ※		
業 務	《相談支援業務》 年以上 ※指定(予定)日までの年数を記載		
	《直接支援業務》 年以上 職種 () 内容		

- (備考)
- 業務期間欄は、証明を受ける者が障害者に対する直接的な援助を行っていた期間を記入すること。
※産休・育休・療養休暇や長期研修期間等は業務に従事していない日数を記載ください。(土日祝も含む)
現在、既に必要とする実務経験期間を満たしている場合は、実務経験証明書作成までの期間または、退職した日までの期間を記入してください。
 - 業務欄の職種は、生活指導員、看護師等の職種を記入し、内容には、本来業務について、〇〇事業における〇〇事業、〇〇実施要綱の〇〇事業の〇〇業務等具体的に記入すること。
 - 証明内容を訂正した場合は、証明権者の職印を押印してください。なお、修正液等による訂正は認められません。