

実務経験証明書
(初任者研修・ヘルパー2級・1級修了の方のみ)

医療法人 啓信会 殿

氏名	
生年月日	M・T・S・H 年 月 日
住所	〒 -
施設または事業所名	
就業期間	年 月 日 ~ 年 月 日 (年 月)

上記の者の訪問介護員（介護職）としての実務経験は、以上のとおりであることを証明します。

令和 年 月 日

所在地

法人名

代表者

印