

平成30年度 神戸市高齢者介護士 認定試験受験用

実務経験等証明書

平成 年 月 日

事業所名

所在地

代表者名

印

(電話番号)

次の者は、以下のとおり**介護の実務経験**を有することを証明します。

フリガナ		
受験者氏名		(昭和・平成 年 月 日生)
実務 経験 ①	施設又は 事業所名	
	介護保険 事業者番号	
	事業部門	
	従事職種	
	従事期間	平成 年 月 日～平成30年7月31日まで見込み(年 か月)
実務 経験 ②	施設又は 事業所名	
	介護保険 事業者番号	
	事業部門	
	従事職種	
	従事期間	平成 年 月 日～平成 年 月 日まで(年 か月)
受験者に 期待すること		

- (注) 1. 神戸市高齢者介護士認定試験受験用として太枠内を記入の上、事業所代表者が証明してください。
 2. 法人内の異動等により経験が2カ所にまたがる場合は、両方ご記入ください。ただし、2カ所の期間は継続していること。①に現在の状況をご記入ください。
 3. 従事期間は、介護に従事してから①②合わせて3年以上5年未満である者であること。
 4. 事業部門は、特養、デイサービス、訪問介護等の事業部門を記入して下さい。
 5. 受験者に期待することは、事業所責任者として感じていることを記載して下さい。
 6. 不実または錯誤した内容の記載をした場合は、受験及び認定を取り消すことがあります。

以上