

介護業務従事証明書

年 月 日

社会福祉法人 小田原福祉会様

施設・団体名

(指定事業所番号)

代表者名

印

施設種別

住所 〒

電話番号

次のものは、以下のとおり介護業務の従事経験を有することを証明します。

ふりがな

(氏名)

(施設・団体名)

(従事職種・業務内容)

(就業期間) 年 月 日 ~ 年 月 日

(従事日数) 日間

*「従事職種・業務内容」については、従事している業務内容を含めできるだけ具体的に記載してください。