

# 実務経験証明書交付申請書

医療法人社団 甲有会  
社会福祉法人 甲有会 御中  
株式会社エム・リード

【申請日】 平成 \_\_\_\_年 \_\_\_\_月 \_\_\_\_日

【申請者】

郵便番号 〒 \_\_\_\_\_

住 所 \_\_\_\_\_

氏 名 \_\_\_\_\_

(旧 姓) \_\_\_\_\_ ※在籍時の姓

生年月日 昭和・平成 \_\_\_\_年 \_\_\_\_月 \_\_\_\_日

電話番号 \_\_\_\_\_

※ 平日9:00～17:00に連絡が取れる番号を記入ください

希望返送期限 平成 \_\_\_\_年 \_\_\_\_月 \_\_\_\_日 着

私は、下記のとおり実務経験証明書の作成・交付を申請いたします。

記

【証明書の種類】 該当する項目にレ印を入れてください。

- |                          |                                |
|--------------------------|--------------------------------|
| <input type="checkbox"/> | 介護支援専門員 実務経験証明書(受験都道府県名 _____) |
| <input type="checkbox"/> | 介護福祉士 実務経験証明書                  |
| <input type="checkbox"/> | 上記2点以外の証明書 (試験の名称 _____)       |

【在籍時の就業情報】

在籍事業所名・職種名	在籍期間
① (職種 _____)	平成 ____年 ____月 ____日 ~ 平成 ____年 ____月 ____日
② (職種 _____)	平成 ____年 ____月 ____日 ~ 平成 ____年 ____月 ____日
③ (職種 _____)	平成 ____年 ____月 ____日 ~ 平成 ____年 ____月 ____日
④ (職種 _____)	平成 ____年 ____月 ____日 ~ 平成 ____年 ____月 ____日
在籍期間の総計	平成 ____年 ____月 ____日 ~ 平成 ____年 ____月 ____日
証明が必要な期間・日数 (参考情報としてご記入ください)	必要期間 ____年 ____ヶ月 必要日数 ____日

【チェック欄】 確認後、□にレ印を入れてください。(記入必須)

別紙「実務経験証明書の発行申請について」の「注意事項」を読み、了解いたしました。

■ 送付同封物

実務経験証明書発行申請書

証明を要する実務経験証明書の様式(用紙)

返信用封筒 ※送付先住所・氏名を記載

返信用切手 ※必要な方は速達料金分も追加

以下、当会使用欄

受付日 /	返信切手チェック <input type="checkbox"/>	発行日 /	返送日 /
-------	--------------------------------------	-------	-------