

# 実務経験証明書

茨城県心身障害者福祉協会  
会長様

番 号  
令和 年 月 日

施設又は事業所所在地及び名称

代表者氏名 印  
電話番号

下記の者の実務経験は、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 年 月 日)
現住所	
施設又は事業所名	施設・事業所の種別 ( )
業務期間	年 月 ~ 年 月 ( 年 月間)
うち業務に従事した日数	日
業務内容	職名 ( )

- (注) 1. 施設又は事業所名欄には、施設、事業所等の種別も記入すること。  
2. 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期間となりません)  
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日までの期間または、退職した日までの期間を記入すること。  
3. 業務内容欄は職名を記入し、本来業務について、具体的に記入すること。  
4. 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、修正液による訂正は認められません。  
5. 「管理職」の業務は施設の運営管理業務ですので、研修を受けるための実務経験には該当しません。  
6. 証明に資格が伴う場合は、資格を証明できる書類の写しを添付してください。  
7. 手書きの場合は黒色のボールペンでご記入ください。フリクションペン、シャープペンシル、鉛筆、黒色以外の色のボールペンの使用は認められません。  
8. 必ず原本をご提出ください。コピーの提出は認められません。