

実務経験証明書（☐確定 ☐見込）

山梨県知事 殿

（法人名）
施設又は事業所の
所在地及び名称
代表者職氏名
電話番号
（担当者氏名）

印

次の者は、以下のとおり実務経験を証明します。

証明日	令和7年 月 日		
氏 名		昭和・平成 年 月 日生	
施設・事業所名			
施設・事業所の種類			
施設事業所開設年月日	年 月 日		
職種名			
直接対人援助 従事期間	年 月 日 ～ 年 月 日（通算 年 か月）		
（受験要件第1号に該当する場合、当該資格の登録日以降を記入）	証明書発行日の勤務状況		就労中 退職
	※1か月未満切り捨て		
	※対象外期間がある場合は、通算期間から除いてください。		
上記のうち 従事日数	日		
	※休日、休暇、病気、休職等で業務に従事しなかった日を除いてください。		
業務内容			
	※要援護者に対する直接的な援助であることが分かるように記載してください。		
備考			