実務経験証明書

受理番号	

※本校記入欄

学校法人　昌賢学園
群馬医療福祉大学附属医療福祉専門学校長　殿

ふりがな		生年月日
氏　　名		昭和 平成　　年　　月　　日生
職　　種		

1. 現在の職場での実務経験を証明する場合

上記の者は、　　年　　月　　日より当施設・事業所において指定職種にて勤務していることを証明いたします。

2. 過去の職歴から実務経験を証明したい場合

上記の者は、　　年　　月　　日より　　年　　月　　日まで当施設･事業所において、指定職種にて勤務していたことを証明いたします。

令和　　年　　月　　日

所 在 地 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

施 設 種 類 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

施設(事業所)名 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

代 表 者 名　　職印 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

※本証明書は、実務経験申告書に基づき実務経験を証明する**施設・機関**が記入・捺印して下さい。
※職種・施設種類は、13 頁～ 20 頁「実務経験対象となる施設・事業種類一覧」の「職種の例」から選択して記入して下さい。
※記入日の記載の無いものは無効とします。