施設（事業所）職員用 実務経験証明書 [1)]

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
校長　鈴木賢二　殿

ふりがな		生年月日
氏　　名		昭和 平成　　年　　月　　日生
実務経験と 認められる職種 [2)]		

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[3)]

所 在 地 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

施 設 種 類[4)] ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

施設(事業所)名 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

代 表 者 名　　職印 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

1）本証明書は、実務経験を証明する**施設・機関**が記入・捺印して下さい。
2）職種は、P9 ～の実務経験として認められる職種職名を記入して下さい。
3）記入日の記載の無いものは無効とします。
4）施設種類は P9 ～の施設種類を記入して下さい。

医療機関職員用は､次項の「医療機関職員用実務経験証明証」を使用して下さい。