

スマイス福祉学院  
介護職員初任者研修講座  
実務経験証明書

平成 年 月 日

NPO 法人 SMIS  
理事長 岡本依大 殿

所在地 〒

名称  
代表者名  
電話

印

以下のとおり実務経験を有することを証明します。

記

住所	
ふりかな 氏名	
生年月日等	昭和・平成 年 月 日 ( 歳)
従事した 施設の名称	
従事した 施設の所在地	
従事した 業務内容	
従事した期間	年 月 日 ~ 年 月 日 ( 日間)
特記事項	

\*実務経験とは、過去3年に1年以上(かつ現に就労した日数が180日以上の時)介護業務に従事したもの(看護助手は含まない)