

# 実務経験証明書交付申請書

医療法人社団 創生会 御中

【申請日】 年 月 日

【申請者】

郵便番号 〒 \_\_\_\_\_

住 所

氏 名 \_\_\_\_\_

(旧 姓) \_\_\_\_\_ ※在籍時の姓

生年月日 年 月 日

電話番号 \_\_\_\_\_

※ 平日 9 : 00 ~ 17 : 00 に連絡が取れる番号を記入ください

希望返送期限 年 月 日 着

私は、下記のとおり実務経験証明書の作成・交付を申請いたします。

記

【証明書の種類】 該当する項目にレ印を入れてください。

- |   |
|---|
| <input type="checkbox"/> 介護支援専門員 実務経験証明書 (受験都道府県名 ) |
| <input type="checkbox"/> 実務経験証明書                    |
| <input type="checkbox"/> 上記2点以外の証明書 (試験の名称 )        |

【在籍時の就業情報】

在籍事業所名職種名	在籍期間
(職種 )	年 月 日 ~ 年 月 日
(職種 )	年 月 日 ~ 年 月 日
(職種 )	年 月 日 ~ 年 月 日
(職種 )	年 月 日 ~ 年 月 日
在籍期間の総計	年 月 日 ~ 年 月 日
証明が必要な期間・日数 (参考情報としてご記入ください)	必要期間 年 月 日 必要日数 日

【チェック欄】 確認後、□にレ印を入れてください。(記入必須)

別紙「実務経験証明書の発行申請について」の「注意事項」を読み、了解いたしました。

■ 送付同封物

実務経験証明書発行申請書  証明を要する実務経験証明書の様式 (用紙)

返信用封筒 ※送付先住所・氏名を記載  返信用切手 ※必要な方は速達料金分も追加

以下、当会使用欄

受付日 / 返信切手チェック <input type="checkbox"/>	発行日 /	返送日 /
---	-------	-------