**（※コピーする際は、裏面の記載上の注意事項もコピーして使用してください。）**

実務経験証明書

第　　　　　　　　　号

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　令和　　年　　月　　日

　　空知総合振興局長　　様

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　法人の所在地

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　及び名称

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　代表者氏名

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　交付担当者氏名

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　連絡先電話番号

　下記の者の実務経験は以下のとおりであることを証明します。

|  |  |
| --- | --- |
| 在勤時の氏名 | （昭和・平成　年　　月　　日生） |
| 在勤時の住所 |  |
| 勤務した場所 |  |
| 業務期間 | 年　　月　　日～　　　　年　　月　　日（　　年　　月　　日間） |
| 業務内容 |  |
| 備　考  １証明を受ける本人が自書したもの、証明権限を有する者（長）の印（職印）のないもの、勤務した場所・業務期間、業務内容の記入もれ又は不明なもの、訂正印のないもの、修正液の使用による修正等があるものは証明書として無効です。  ２　実務経験証明書の証明内容に不明な事項がある等の場合は、当該実務経験証明書の交付担当者等に内容の照会、確認を行うことがあります。 | |

証明書の記載上の注意事項

１　文書番号欄は空欄でも差し支えありません。

２　証明書の交付日は必ず記入してください。

３　代表者氏名欄は、代表者の職名及び氏名を記入し、証明印は「長の印」（職印）を使用してください。

４　在勤時の氏名及び住所欄は、証明を受ける者の在勤時の氏名・住所を記入してください。

５　勤務した場所欄は、法人名ではなく実際の勤務した場所（○○相談支援センター、○○入所更生施設等）を記載してください。また、一法人で複数の勤務施設がある場合は、勤務施設ごとに本証明書を作成してください。

６　業務内容欄は、証明を受ける者が従事していた業務について、具体的に○○相談支援に関する業務、医業、看護業務、〇〇施設生活指導員業務などと記入し、役職名（○○業務課長）等、業務内容が特定できない記載をしないでください。