

日光市介護予防計画作成員採用試験

実務経験証明書

証明書作成日 令和 年 月 日

日光市長 様

法人の名称	
所在地	〒
電話番号	
代表者	役職 氏名 職印
証明書作成者	所属・役職等 氏名 認印

次の者は、以下のとおり、高齢者の保健福祉に関する相談業務などに3年以上従事したことを証明します。

フリガナ 氏名		生年月日 <input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 年 月 日
施設・事業所・機関 の名称		
施設(事業)等種類		
職種		
従業期間	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 年 月 日から <input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 年 月 日まで	