

# 勤 務 証 明 書

年 月 日

北海道福祉サービス第三者評価事業推進機構  
公益社団法人北海道社会福祉士会  
会 長 清野 光彦 様

事業所の所在地及び名称

代表者氏名 \_\_\_\_\_ 印

交付担当者氏名 \_\_\_\_\_  
連絡先電話番号 \_\_\_\_\_

下記の者の当事業所での勤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)
業務期間	昭和・平成 年 月 日～ 昭和・平成 年 月 日 (通算 年 カ月)
業務内容	a. 組織運営系：事業所で担当していた業務内容と、管理運営していた職位 (例：〇〇部長として30名の部下を統括していた。など)をお書きください。
	b. 福祉系：事業所等で担当していた福祉サービスの内容や、学識経験者の場合は担当していた講義内容などをお書き下さい。

※ 氏名の変更があった場合は戸籍抄本等当該変更がわかる書類を添付して下さい。

※ 複数の証明が必要な場合は本様式をコピーして使用して下さい。

※ 次に該当する場合は、この書類の提出は不要です。

- ① 介護支援専門員資格を有する方
- ② 過去に養成研修を修了した方が、過去の養成研修で受講した受講分野と同一の受講分野を受講する場合