

(参考様式 8-1) (経験看護師用)

従 事 証 明 書

年 月 日

(証明者)

法人（施設又は事業所）の所在地 〒

法人（施設又は事業所）の名称

代表者（管理者）の職・氏名

下記の職員は、社会福祉施設等に勤務し、その勤務実績からして、入所者（利用者）の生活の向上を図るため適切な相談、援助等を行う能力を有すると認められることを証明します。

職 員 氏 名	
職 員 の 住 所	〒
施 設 又 は 事 業 所 名	
施 設 (事 業 所) の 種 類	
職 種	
施 設 又 は 事 業 所 で の 従 業 期 間	年 月 日 から 年 月 日 まで 計 日間
従 業 期 間 の うち、 本 証 明 の 対 象 と す る 従 事 期 間 と 業 務 内 容	上記従業期間のうち、本証明の対象とする業務に従事した期間 計 日間 業務内容 ()

注) 証明者は、法人の代表者又は施設（事業所）の管理者とすること。