

所属長・理事長等の
印を押印して下さい

代表者等の
印

入でき

在 地	静岡県葵区追手町〇〇〇〇
又は事業所等名称	社会福祉法人 〇〇〇〇会
代 表 者 氏 名	理事長 静岡 一郎 印
(記入者 清水 三郎	記入者連絡先 054 -221-2317)

氏 名	清水（静岡）花子		(生年月日 昭和40年 4月 1日)		
施設又は事業所の名称	社会福祉法人 ○○○○会				
直接対人援助業務従事期間	平成 31年 4月 7日から 令和 8年 5月 31日まで		通算 7年 1か月間		
業務に従事した日数	業務従事日数合計（出勤日数合計） 1,821日		各従事期間の合計の日数となります。		
業務内容 （※内容と職種は両方とも記載してください。 ※の場合は、主な業務内容に記載してください。）	施設等の種別等・名称	開設年月日又は指定年月日	業務内容 職 種	従事期間	日数
	○○○○病院		病棟における看護 看護師	H31. 4. 7 ～R6. 3. 31	1,266
	○○○○ デイサービスセンター	S50. 4. 1 H12. 4. 1	利用者の介護 介護職員兼生活相談員	R6. 4. 1 ～R7. 3. 31	254
	特別養護老人ホーム ○○○○○○○○	S63. 4. 1	入所者の相談援助 生活相談員	R7. 4. 1 ～R8. 5. 31	301

注) 介護保険法に基づく指定居宅サービス事業の指定年月日以前からの期間が含まれている場合であって、この期間を除くと業務従事期間が不足するときは、契約書の写し等その当時、事業を行っていたことを客観的に証明する書類を添付して下さい。(介護老人福祉施設、介護老人保健施設、介護療養型医療施設、地域密着型介護老人福祉施設入居者生活介護は不要です。)

なお、受験資格がないにもかかわらず、受験し、合格した場合は、合格の取消しとなります。