

平成〇年〇月〇日

群馬県知事 あて

(修学生)

住 所 〇〇市〇〇町〇〇番地

氏 名 群馬 太郎

生年月日 平成〇年〇月〇日生

上記の者は、次のとおり当方に在職していたことを証明します。

| | |
|---------------|----------------------|
| 施設種類又は事業名(※1) | 特別養護老人ホーム 〇〇 |
| 職 種(※2) | 介護職員 |
| 在 職 期 間 | 平成〇年〇月〇日から平成〇年〇月〇日まで |

ここは、具体的に施設・事業所名を記載してください。

病院勤務の場合は、療養病床であることを明記してください。

生活相談員、介護支援専門員等の相談業務のみに従事していた期間がある場合は、その期間を明記してください(介護職員と兼務している場合は除く)。

平成〇年〇月〇日

証明日は必ず記載してください。

(就業先)
住 所

証明日時点で就労中の場合は、終期の記載は不要です。

名 称

代表者氏名

印

※1・・・施設種類又は事業名については、「特別養護老人ホーム」、「介護老人保健施設」等と記入すること。

※2・・・職種については、「介護職員」「訪問介護員」等と記入すること。

この証明書は、修学生が在職している(していた)法人又は施設・事業所の代表者が必ず証明してください。