

実務経験証明書

※「実務経験」で受講される場合に提出していただく書類ですので、資格をお持ちでない方のみご提出ください。
活動施設（団体）が複数ある場合は施設（団体）毎に書類を作成してください。

フリガナ			
受講者 氏名			
生年月日	大正・昭和・平成	年 月 日 (満 歳)	性別 男・女
受講者 住所	〒 ー 都道府県		
活動期間	年 月 日 ~ 年 月 日 (年 ヶ月) ※必要な期間は原則「2年」以上ですが、活動形態（頻度等）によってはそれ以上の期間が必要になる場合があります。		
職種及び 活動形態	「介護福祉士：常勤（週休2日）」「スポーツインストラクター：パート（週3日程度）」等		
活動の時間・頻度等	主な活動内容		
例：週2日（火曜日・金曜日） 13時～17時（30分の休憩含む）	トレーニングルーム利用者に対するストレッチング・筋力トレーニング指導のほか、受付業務全般。		
備考			

上記のとおり実務経験を有することを証明します。

証明書作成日： 年 月 日

施設（団体）名：

代表者（役職・氏名）：

施設（団体）所在地：

連絡先電話番号：

ー

ー

(内線：

公印

)