様式２

**複数の施設（事業所）から証明書をもらう場合は、本書をコピーしてください**

**実務経験証明書**

令和　年　　月　　日

宮城県社会福祉協議会長　殿

住　　　所

法 人 名

　　　　　　　　　　　　　　　　　　代表者氏名　　　　　　　　　　　　　　印

　　　　　　　　　　　　　　　　　　電話番号

下記の者の実務経験は、以下のとおりであることを証明します。

|  |  |
| --- | --- |
| 氏　　　　　　名 | 　　 |
| 生年月日 | 年　　　　　月　　　　　日 |
| 施設（事業所）名 |  |
| 実務期間 | 昭和　　　　　　　　　　　　　　　　　昭和平成　　　年　　　月　　　　日～　　　平成　　　　年　　　　月　　　　日令和　　　　　　　　　　　　　　　　　令和 |
| 業 務 内 容 | 別表１の該当に○ | １　組織運営系 |  |
| ２　福祉系 |  | （１） | 　ア | 　イ |
| （２） | （ |
| （３） |  |
|  |  |  |
| 具体的業務内容　　 |

（注）１　業務内容は、具体的に○○法人の運営業務、○○施設の管理業務、医業、○○施設生活相談員等と記入すること。