

(参考様式)

# 福祉関係業務実務経験証明書

(提出先) 東大阪市役所  
(障害福祉認定給付課)

フリガナ			
氏名		生年月日	年 月 日 ( 歳)
事業所・施設等の名称			
事業所・施設等の内容			
職種・職務の内容			
就業期間	年 月 日から 年 月 日まで ( 年 か月)		
うち上記の業務に従事した日数	日	特記事項	

上記の者は、上記のとおり福祉関係業務の実務経験を有することを証明します。

令和 年 月 日

住 所

電話番号

証明者 法人名

代表者氏名

印