

岡山市介護認定調査員採用試験

実務経験証明書

平成 年 月 日

岡山市介護保険課長殿

施設または事業所名

代表者役職名

代表者氏名

印

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。

受験者	氏名	
	住所	
施設または事業所	施設・事業所の名称	
	施設・事業所の所在地	〒 電話 ()
	受験者の業務内容	
	上記業務への従事期間	昭和 年 月 日 ~ 昭和 年 月 日 平成 年 月 日 ~ 平成 年 月 日