

(別紙様式)

実務従事証明書

下記の者は、以下の通り相談業務に従事したことを証明する。

住 所	
氏 名	
生 年 月 日	
勤 務 先 種 別	在宅介護支援センター ・ 地域包括支援センター ※該当する種別に○をしてください。
勤 務 先 名 称	
実務従事期間	年 月 日から 年 月 日

社会福祉法人佐用町社会福祉協議会会長 様

年 月 日

(証明者) 住 所

名 称

代表者

Ⓜ