

参考様式（通所介護・介護予防通所介護、短期入所生活介護・介護予防短期入所生活介護、
介護老人福祉施設 生活相談員用）

従 事 証 明 書

年 月 日

（証 明 者）

法人（施設又は事業所）の所在地 〒

法人（施設又は事業所）の名称

代表者（管理者）の役職・氏名

印

下記の職員は、社会福祉施設等に勤務し、その勤務実績からして、入所者（利用者）の生活の向上を図るため適切な相談、援助等を行う能力を有すると認められることを証明します。

職 員 氏 名	
本 人 の 住 所	〒
施 設 又 は 事 業 所 名	
施 設 （ 事 業 ） の 種 類	
職 種	
施設又は事業所での従 業期間	年 月 日から 年 月 日まで 計 日間
従業期間のうち、本証明 の対象とする従事期間 と業務内容	上記従業期間のうち、本証明の対象とする業務に従事した期間 年 月 日間 業務内容 〔 〕

注：証明者は、法人の代表者又は施設（事業所）の管理者とすること