（県参考様式）

サービス提供責任者の実務経験証明書（特定事業所加算用）

|  |  |
| --- | --- |
| 氏　　名 |  |
| 生年月日 | 年　　　月　　　日 |
| 住　　所 | 〒 |
| 施設又は事業所名 |  |
| 施設(事業)の種類 |  |
| 職　　種 |  |
| 介護等の業務に  従事した期間 | 年　　　月　　　日から  　　　　　　　年　　　月　　　日まで（計　　　年　　　月）  　　　うち介護等の業務に従事した日数（計　　　　　　　日） |

　上記の者は、以上のとおり介護等の実務経験を有することを証明します。

　　　　　　年　　月　　日

法人所在地

法人の名称

代表者職・氏名