

# 実務経験証明書

年 月 日

埼玉福祉保育医療製菓調理専門学校  
学校長 殿

施設又は事業所名

代表者氏名

印

下記の者は、以下のとおり相談援助業務に従事したことを証明します。

氏 名	(生年月日： 年 月 日)
施設又は事業所種別	
施設又は事業所名	
施設又は事業所住所	〒
就 業 期 間	年 月 日 ～ 年 月 日 ( 年 月)
職 種	