様式第10号（第29条,第36条関係）

実習免除願兼介護業務従事証明書

年　　月　　日

（研修事業者名）　様

研修課程の実習について免除をしていただきたく、以下のとおり願い出ます。

受講者番号：

氏名：

住所：

電話番号：

|  |
| --- |
| **介護業務従事証明書（※従事先記入欄）** |
| 上記の者は、当該事業所における介護業務の従事経験を有することを証明します。年　　月　　日事業所名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　代表者名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　所在地　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　電話番号　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 |
| １　従事期間及び従事日数　　　　　　　　年　　月　　日　～　　年　　月　　日　　（　　　　　日間） |
| 　２　従事職種及び業務内容（具体的に記載） |