

(参考様式 7-3) 地域密着型サービス

実務経験証明書 (管理者)

氏 名	
生 年 月 日	年 月 日
施設又は事業所の名称	
施設 (事業) の種類	
職 種	
就 業 期 間	年 月 日 ~ 年 月 日 (年 月)
うち認知症介護に従事 した日数	日

上記の者は、以上のとおり管理者の実務経験を有することを証明します。

年 月 日

施設又は事業所名
代表者職氏名

