従事した期間・場所

期 間	従 事 場 所
年 月から 年 月まで	施設所在地 施設名称 施設長名 (印) 電話 ( ) -
年 月から 年 月まで	施設所在地 施設名称 施設長名 (印) 電話 ( ) -
年 月から 年 月まで	施設所在地 施設名称 施設長名 (印) 電話 ( ) -
県内従事期間合計	年 か月

記載上の注意

- (1) 免除申請理由は、該当する理由を○で囲むこと。
- (2) 資格種別は、介護福祉士・社会福祉士の別を記載すること。
- (3) 登録年月日は、上記資格を登録した日付を記載すること。
- (4) 従事した施設等をすべて記入すること。
- (5) ※欄は、記載しないこと。