

(様式 9)

## 証 明 願

令和 6 年 月 日

証明機関代表者 様

北海道介護支援専門員実務研修受講試験に必要なため、下記の内容を証明願います。

住 所

氏 名

印

下記のとおり、統廃合・書類の保存期間が過ぎている等により、勤務実績を確認する書類がないことを証明します。

### 証 明 事 項

記

1 事業所名 ※統廃合の場合、受験者が所属していた時の事業所名

【 \_\_\_\_\_ 】

2 代表者名 ※統廃合の場合、受験者が所属していた時の代表者名

【 \_\_\_\_\_ 】

3 統廃合した年月日 【 昭和・平成・令和 年 月 日 】 ※統廃合でない場合は4へ

4 書類の保存期間 【 \_\_\_\_\_ 年間】

令和 年 月 日

証明機関名代表者氏名

印

担当者氏名

Tel