

(参考様式7)

# 実務経験証明書

福岡県知事 様 令和 年 月 日 番 号

施設又は事業所所在地及び名称

代表者氏名 印  
電話番号

下記の者の実務経験は、以下のとおりであることを証明します。

氏名	(生年月日 年 月 日)
現住所	
施設又は事業所名	施設・事業所の種別 ( )
業務期間	年 月 日～ 年 月 日 ( 年 月間)
うち業務に従事した日数	
業務内容	職名 ( )

- (注)
- 施設又は事業所名欄には、障害児通所支援事業等の種別も記入すること。
  - 業務期間欄は、証明を受ける者が障害者に対する直接支援の業務又は相談支援の業務を行っていた期間を記入すること。(産休・育休・療養休暇や長期研修期間等は業務期間となりません)  
現在、既に必要とする実務経験期間を満たしている場合は、実務経験証明書作成日までの期間または、退職した日までの期間を記入してください。
  - 証明内容を訂正した場合は、証明権者の職印を押印してください。なお、修正液による訂正は認められません。

(参考様式7)

記入例

## 実務経験証明書

福岡県知事 様

令和 8 年 4 月 20 日 番 号

施設又は事業所所在地及び名称

福岡県福岡市博多区〇〇〇

一般社団法人〇〇〇

代表者氏名 理事長 博多 一郎

電話番号 092-〇〇〇-〇〇〇〇

法人印

事業所より証明印が得られない場合も下記記入欄を記入し提出してください。

氏名	福岡 太郎 (生年月日 昭和50年 8月 1日)
現住所	福岡市博多区博多駅東●-●-●
施設又は事業所名	一般社団法人〇〇〇 施設・事業所の種別 ( 障がい者雇用支援センター )
業務期間	2019年 4月 1日～ 2024年 9月 30日 ( 5 年 6月間)
うち業務に従事した日数	1320
業務内容	職名 ( 一般職 ) 障害者の雇用支援にかかる業務

- (注) 1. 施設又は事業所名欄には、障害児通所支援事業等の種別も記入すること。
2. 業務期間欄は、証明を受ける者が障害者に対する直接支援の業務又は相談支援の業務を行っていた期間を記入すること。(産休・育休・療養休暇や長期研修期間等は業務期間となりません)  
現在、既に必要とする実務経験期間を満たしている場合は、実務経験証明書作成日までの期間または、退職した日までの期間を記入してください。
3. 証明内容を訂正した場合は、証明権者の職印を押印してください。なお、修正液による訂正は認められません。