

(様式 9)

証 明 願

令和 7 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・運営主体変更・保存期間経過により、書類が引き継がれておらず、勤務実績を確認する書類が存在しないことを証明します。

証 明 事 項

記

1 事業所名

※統廃合や運営主体の変更があった場合には、受験者が勤務していた当時の事業所名を記載してください。

【 _____ 】

2 代表者名

※統廃合や運営主体の変更があった場合には、受験者が勤務していた当時の代表者名を記載してください。

【 _____ 】

3 統廃合または運営主体が変更した日付【 昭和・平成・令和 年 月 日 】

※統廃合または運営主体が変更していない場合は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