

特定行為（吸引等）介護業務従事証明書

年 月 日

様

施設・団体名
(指定事業所番号)

代表者氏名 ⑩

施設種類

住 所 〒

電話番号

次の者は喀痰吸引研修(第3号研修)を終了し特定行為業務従事経験を有することを証明します。

ふりがな

(氏 名)

(施設・団体名)

(従事種類・業務内容)

((就業期間) 年 月 日～ 年 月 日

従事種類については、従事している業務内容を含めできるだけ具体的に記載してください。