**技 能 実 習 履 歴 証 明 書**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **証明書作成日（西暦）** |  | **年** |  | **月** |  | **日** |

一般社団法人シルバーサービス振興会 理事長　殿

　次の者は、技能実習制度の介護職種に関し、以下のとおり実務経験を有していることを証明します。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 受検者氏名 | 読み方（カタカナ） | | |  | | | | | | | | | 性別 |
| パスポート記載の表記 | | |  | | | | | | | | |  |
| 在留カード記載の表記  （パスポート記載の表記と異なる場合のみ記入） | | |  | | | | | | | | |
| 生年月日 | |  | 年 | |  | | 月 |  | | 日 | 国籍・地域 |  | |
| 技能実習を  行っている  事業所 （実習実施者） | | 法人名 | | | |  | | | | | | | |
| 事業所名 | | | |  | | | | | | | |
| 〒 | | | | 都道  府県 | | |  | | | | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | 第１号技能実習 | | 第２号技能実習 | | **その他** | | | | | |
| 入国日（西暦） |  | | **－** | | **【特定活動】**  １号修了後、特定活動へ  切り替えた場合は、期間  を記入してください。 | | | **【その他】**  一時帰国、病気休業等で  実習を中断した期間等が  ある場合は、詳細を記載  してください。 | | |
| 各号の実習開始  年月日（西暦）  ※１ |  | |  | | **年　　月　　日**  **～**  **年　　月　　日** | | |
| 実務経験期間  （実習済期間） |  | **か月** |  | **か月** |  | | |
|  |  | **※２** | |
| 1. 第１号技能実習の実習開始日は、入国日ではなく、入国後講習を終了し事業所・施設等で実際に実習を開始した日付 2. 本証明書の作成日時点（右上）での期間（端日数切り捨て）の月数 | | | | | | **実務経験期間**  **1号＋2号＋（特定活動） 計** | | | |
|  |  | | **か月** |

参考）各級の受検資格

初　級　 ：技能実習制度の介護職種に関し、６か月以上の実務経験を有する者

**専門級 ：技能実習制度の介護職種に関し、２４か月以上の実務経験を有する者**

上　級 ：技能実習制度の介護職種に関し、４８か月以上の実務経験を有する者

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **【実習実施者】** | **所在地** |  |
| **法人名（事業所名）** |  |
| **役職名** |  |
| **代表者名** |  |