

証明書（実務経験等）のご依頼

* 必須の質問です

メールアドレス *

1234abc@mcs.co.jp

依頼時の控えが送られる宛先になりますので

必ずご入力ください。

基本情報

証明書を依頼される従業員の個人情報と問合せの際に使用のご連絡先をご入力下さい。

依頼される方の情報を入力し

てください。

社員ID

00199999

氏名（姓） *

愛野

氏名（名） *

イエ

所属事業所 *

在職者は現所属、退職者は退職時の所属をご記載ください。

愛の家グループホーム大宮大成

証明書種別 *

※源泉徴収票など弊社より発行を要する書類は「個人情報取得証明」をご選択ください。
源泉徴収は以下のURLからご自身での発行も可能です。

<https://mobile.bulas180.com/payslip/browser/>

※退職時の社会保険喪失

証明の場合も「社会保険資格取得証明書」をご選択ください。

- 実務経験証明書（介護支援専門員）
- 社会保険資格取得証明書
- 個人情報取得証明
- 実務経験証明書（介護福祉士）
- その他の証明書

「実務者経験証明書(介護支援専門員)」を選択してください。

発行希望日

※ご依頼から発行まで通常10~14日間要します。ご依頼順での対応となるため、発行の希望日までにお渡しできない場合がありますことご了承ください。（お手元に郵送で届く日での希望日をご入力下さい。）

日付

2023/07/19 📅

旧姓（ある場合）

退職者で、在職中と姓が異なる場合にご記載ください。

回答を入力

再入社前後の合計を合算して発行する場合、「再入社あり」を選択してください。

再入社有無 *

当社に入社、退社を2回以上された場合は「あり」

- 再入社なし
- 再入社あり（退社後、再入社）

連絡先電話番号 *

在職者は所属先の連絡先を指定いただけます。

090-0000-0000

証明期間について問合せさせていただく際に、連絡可能な電話番号を記載ください。

返送先 *

所属事業所は現在、在職の方が選択してください。

自宅住所

所属先

自宅住所

返送先に「自宅住所」選択した場合にのみ返信用封筒を下記へ送付してください。
11-2 ランド・アクシス・タワー 13階
係

ご自宅に送付する際には返送用の封筒を送付してください。

埼玉県さいたま市大宮区〇〇丁目〇〇番地〇〇

必要枚数 *

回答を入力

1枚とご記載ください。
1枚で証明期間内の異動を含めた証明書を発行します。

備考

回答を入力

次へ

1/6 ページ

フォームをクリア

Google フォームでパスワードを送信しないでください。

このフォームは Medical Care Service Company Inc. 内部で作成されました。 [不正行為の報告](#)

Google フォーム

証明書（実務経験等）のご依頼

* 必須の質問です

実務経験証明（介護支援専門員）

退職者の方は**実績**をご
選択ください。

実績/見込 *

- 実績
- 見込
- 確定実績（見込提出後）

証明期間（開始・年） *

2018

証明期間（開始・月） *

04

証明期間（開始・日） *

20

年・月・日をすべて
選択してください。

証明期間（終了・年） *

2024

証明期間（終了・月） *

08

証明期間（終了・日） *

31

在籍中の異動 *

- 異動あり
 異動なし
 不明

受験する都道府県 *

埼玉県

都道府県によって様式が異なる為、必ず受験する地を選択してください。

職種コード *

都道府県により記載がない場合があります。その場合「なし」とご記載ください。

02

都道府県によって職種コードが異なりますのでご注意ください。

職種 *

介護職

保有資格 *

介護福祉士

社会福祉士

なし

その他: _____

資格取得日 (年)

取得日が1990年より前の場合は1990年を選択してください。

2015 ▼

資格取得日 (月)

05 ▼

資格取得日 (日)

06 ▼

入社日 (年) *

2016 ▼

入社日 (月) *

09 ▼

入社日（日） *

15

退職日

日付

2023/02/28

生年月日 *

YYYY 年 MM 月 DD 日の形でご入力ください。

1988年05月02日

※実務経験証明書の様式と資格証の写しを必ずお送りください※

「送信」処理完了後、【実務経験証明書】および【受験要件の国家資格登録証の写し】を下記宛に送付してください。

※ご自宅等への返信を希望される場合は返信用封筒を同封してください。

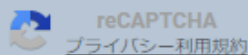
〒330-6013 埼玉県さいたま市中央区新都心11-2 ランド・アクセス・タワー 13階 メディカル・ケア・サービス株式会社 証明書係

回答のコピーが指定したアドレスにメールで送信されます。

戻る

送信

Google フォームでパスワードを送信しないでください。



このフォームは Medical Care Service Company Inc. 内部で作成されました。 [不正行為の報告](#)

Google フォーム

返信用封筒には**切手の貼付**をお願いします。

※**お急ぎ**の場合には、**速達**料金を加算してください。