この証明書は、受験者本人が記入するのではなく、事業所側が証明（記載）するものです。

コピーをして使用してください。

（様式　第29回介護支援専門員実務研修受講試験）

実務経験見込証明書

（証明書作成日）令和　8　年　　月　　日

社会福祉法人　福島県社会福祉協議会 会長　様

・所　　在　　地
・施設又は事業所名
（法　人　名）
・代 表 者 氏 名
・電　話　番　号
・証明書作成者名

証明印

※申込者本人の記入は不可

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。

ふりがな		生　年　月　日	
受験申込者氏名		昭和 平成	年　月　日生
施設又は事業所名称	※法人名ではありません。		
施設又は事業所所在地	〒　　－		
施設（事業）等種別	における		
具体的業務内容	※直接的な対人援助業務であることが分かるように記入してください。 ※業務内容の兼務記載は不可。 資格に基づく　　業務		
国家資格等・職種名	※別表1・別表2から転記	受験資格コード	※別表1・別表2から転記
業務従事期間（要援護者に対する直接的な援助を行っていた期間）	※【別表1】の法定資格に基づく業務は当該免許登録日以降の在職期間で証明してください。 S H R　年　月　日 ～ S H ⑧ R 年　月　日（　年　ヶ月）		
うち業務に従事した日数	どちらかひとつに○をつけてください。 ※休日、休暇、病気、出張、研修等で相談・介護等の業務に従事しなかった日を除いた日数 ①　900日以上	②　その他（　　）日	
備考欄	※産休・育休・病休等を3ヶ月以上取得された場合はその期間を記入してください。 ※業務従事期間中に法人・施設名称等の変更があった場合、変更年月日や旧名称を記入してください。		

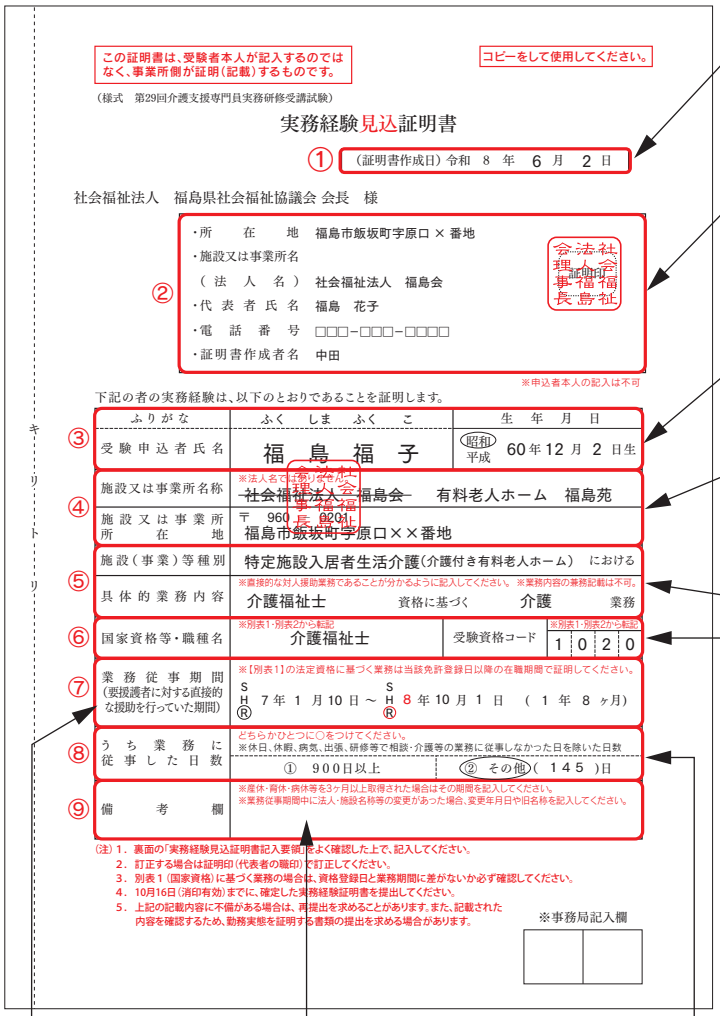
（注）1．裏面の「実務経験見込証明書記入要領」をよく確認した上で、記入してください。
2．訂正する場合は証明印（代表者の職印）で訂正してください。
3．別表１（国家資格）に基づく業務の場合は、資格登録日と業務期間に差がないか必ず確認してください。
4．10月16日（消印有効）までに、確定した実務経験証明書を提出してください。
5．上記の記載内容に不備がある場合は、再提出を求めることがあります。また、記載された内容を確認するため、勤務実態を証明する書類の提出を求める場合があります。

※事務局記入欄

実務経験見込証明書記入注意事項及び記入例

《注意事項》

1. 実務経験見込証明書を作成する際は、黒のボールペンで記入してください(フリクションインクを使用した文字を消せるボールペンは使用しないでください)。また、受験案内の受験資格、この実務経験見込証明書の記入例をよく確認した上で、間違いのないよう作成してください。内容に不備がある場合または受験要件に該当しないことが確認された場合は、受験申込書を受理できません。
2. 記載事項を訂正する場合は、必ず証明権限を有する代表者の職印で訂正してください。訂正印のないものや、修正液等の使用による訂正、本人又は証明書作成者の印での訂正は認めません。
3. 介護保険法(平成9年法律第123号)第69条の39第1項第2号により不正の手段により登録を受けた場合は、介護支援専門員の登録を消除する旨の規定が定められているので留意してください。
4. 施設又は事業所名称、業務期間、施設(事業)等種別、業務が異なる場合は、それぞれに実務経験証明書が必要となります。
5. 受験申込時点で満たさない場合は、これを満たす見込みの日までを記入してください(試験日前日(10月10日)まで算入可)。なお、見込で作成した場合は、10月16日(金)(当日消印有効)までに実務経験証明書を再度提出してください。
6. 施設又は事業所は、この写しを必ず保管してください。



この証明書は、受験者本人が記入するのではなく、事業所側が証明(記載)するものです。

コピーをして使用してください。

(様式　第29回介護支援専門員実務研修受講試験)

実務経験見込証明書

① (証明書作成日) 令和 8 年 6 月 2 日

社会福祉法人　福島県社会福祉協議会 会長　様

② ・所在地　福島市飯坂町字原口×番地
・施設又は事業所名
(法人名) 社会福祉法人　福島会
・代表者氏名　福島　花子
・電話番号　□□□-□□□-□□□□
・証明書作成者名　中田
社会福祉法人 福島会 理事長之印

※申込者本人の記入は不可

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。

	ふりがな	ふくしま ふくこ	生年月日
③	受験申込者氏名	福島 福子	昭和 平成 60年12月2日生
④	施設又は事業所名称	※法人名ではありません。 社会福祉法人 福島会　有料老人ホーム　福島苑	
④	施設又は事業所所在地	〒960-8201 福島市飯坂町字原口××番地	
⑤	施設(事業)等種別	特定施設入居者生活介護(介護付き有料老人ホーム)　における	
⑤	具体的業務内容	※直接的な対人援助業務であることが分かるように記入してください。※業務内容の兼務記載は不可。 介護福祉士　資格に基づく　介護　業務	
⑥	国家資格等・職種名	※別表1・別表2から転記 介護福祉士	受験資格コード ※別表1・別表2から転記 1020
⑦	業務従事期間(要援護者に対する直接的な援助を行っていた期間)	※【別表1】の法定資格に基づく業務は当該免許登録日以降の在職期間で証明してください。 SHR 7年1月10日～SHR 8年10月1日　(1年8ヶ月)	
⑧	うち業務に従事した日数	どちらかひとつに○をつけてください。 ※休日、休暇、病気、出張、研修等で相談・介護等の業務に従事しなかった日を除いた日数 ①　900日以上　②その他(145)日	
⑨	備考欄	※産休・育休・病休等を3ヶ月以上取得された場合はその期間を記入してください。 ※業務従事期間中に法人・施設名称等の変更があった場合、変更年月日や旧名称を記入してください。	

(注) 1. 裏面の「実務経験見込証明書記入要領」によく確認した上で、記入してください。
2. 訂正する場合は証明印(代表者の職印)で訂正してください。
3. 別表1(国家資格)に基づく業務の場合は、資格登録日と業務期間に差がないか必ず確認してください。
4. 10月16日(消印有効)までに、確定した実務経験証明書を提出してください。
5. 上記の記載内容に不備がある場合は、再提出を求めることがあります。また、記載された内容を確認するため、勤務実態を証明する書類の提出を求める場合があります。

※事務局記入欄

キリトリ

①証明書を作成した日を必ず記入してください。

②「所在地」、「施設又は事業所名(法人名)」、「代表者氏名」、「電話番号」、「証明書作成者名」欄の証明印は、必ず証明権限を有する代表者の職印を使用してください。
また、「証明書作成者名」欄には、実際に当該証明書を作成した者(事務長、事務担当者等、実際にこの証明書を作成した者)が、記名してください。

③「氏名」、「生年月日」欄は、受験申込者の氏名、生年月日を記入してください。

④「施設又は事業所名称」、「施設又は事業所所在地」欄は、受験申込者が勤務している施設又は事業所の名称・所在地を記入してください。(法人名ではありません。)

⑤「施設(事業)等種別」、「具体的業務内容」欄を記入してください。
(例)障がい者支援施設、特別養護老人ホーム、介護老人保健施設　等
また「具体的業務内容」欄は、主たるものを一つだけ記入してください。兼務での記載は不可。
(例1)**介護福祉士**資格に基づく**介護**業務
(例2)**社会福祉士**資格に基づく**相談援助**業務
(例3)**保健師**資格に基づく**保健指導**業務
(例4)**管理栄養士**資格に基づく**栄養指導**業務
(例5)**(空欄のまま)**資格に基づく**生活相談員**業務(国家資格無し)

⑥国家資格等受験資格コードは、別表1(国家資格)に基づく業務の場合は、「国家資格」「コードNo」を別表1の国家資格を参考に記入してください。
(例1)「介護福祉士」「1020」と記載。
別表2(相談)の業務の場合は、「業務」を別表2を参考に記入してください。
(例2)特定施設入居者生活介護(養護老人ホーム)の場合は「生活相談員」「2006」

⑨業務期間内に、休業期間が含まれる場合は必ず記入をしてください。

⑦「業務期間」欄は、要援護者に対する対人の直接的な援助を行っていた期間を記入してください。
※別表1(国家資格)に基づく業務の場合は、「資格登録年月日」以降の日付を記入してください。
※業務期間内に、休暇期間が含まれる場合は休暇期間を含まない年数を記入してください。

⑧業務期間のうち、業務に従事した日数を記入してください。(休日、休暇、病気、出張、研修等で相談・介護等の業務に従事しなかった日を除く。)なお、900日に満たない場合は、「②その他」に具体的な数字を記入してください。
※産前産後休暇、育児休暇は業務期間には含まれますが、従事した日数には含まれません。