

## 実務経験を証明する事業所の方へ

実務経験証明書（様式第2号）を作成するうえでの注意事項となります。  
こちらをお読みいただき、不備のないようご記入ください。

1. 実務経験証明書の証明日（証明書発行日）を必ず記入してください。
2. 法人（経営主体）又は施設・事業所の所在地、名称、電話番号を記入してください。
3. 体表者の職名及び氏名を記入し、証明者の公印（職印）等、公的な申請に使用する印鑑を使用してください。なお、訂正箇所は訂正印として印（職印）を使用してください。  
修正液・修正テープ・砂消しゴム等の使用は不可です。
4. 担当者氏名を記入し、記載内容は、すべて記録に基づいて、証明者が記入してください。
  - ・被証明者（受験希望者）本人が記入したもの証明したものは「無効」となります。ただし、個人開業者を除く。
5. 受験者氏名、生年月日
  - ・受験申込者の勤務時の氏名、生年月日を記入してください。該当する年号を○で囲んでください。
  - ・婚姻等により実務経験証明書と受験申込者の氏名が違う場合、受験申込者は、戸籍抄本原本6ヶ月以内のもの）を受験申込書に添付してください。
6. 施設または事業所名、所在地
  - ・被証明者（受験希望者）が勤務している（していた）施設等の名称及び住所を記入してください。同一法人等であっても、勤務先施設・事業所等が複数ある場合は、各々の施設毎に証明書を発行してください。
7. 施設等開所年月日、事業開始年月日
  - ・当該施設・事業所等が都道府県知事等の認可・許可・承認を受けた日、又は都道府県知事等への届出を行った日を記入してください。また、介護保険法に基づく事業の場合は、事業所番号も記入してください。
8. 直接的な対人援助業務従事期間
  - ・被証明者（受験希望者）が受験資格である「要援護者に対し、直接的な対人援助業務を行っていた期間」を記入してください。  
※事務や調理等の受験資格に該当しない従事期間は必ず除外してください。また、育児休業等の休職期間も除外されます。  
※国家資格を有している場合であっても、直接的な対人援助業務でない期間は算入できません。  
例えば、看護師の国家資格所有者であっても、看護学校業務・研究業務等を行っていた場合は、実務経験期間に算入できません。
9. 上記のうち業務に従事した日数
  - ・休日・休暇、研修、休職等で従事しなかった日を除いた日数（実際に受験資格に該当する業務で勤務した日数）を記入してください。
10. 職種名
  - ・施設・事業所等で実際に従事している職種名を記入してください。（例：生活相談員、介護職員、訪問介護員、サービス提供責任者等）
11. 業務内容
  - ・被証明者（受験希望者）の本来業務について、施設種別・事業種別等を含めて、具体的に記入してください。（特別養護老人ホームにおける介護職、訪問介護事業所におけるサービス管理責任者等）
12. 見込みによる「実務経験証明書」
  - ・見込みにより「実務経験証明書」を発行する場合は、勤務期間を最長で平成30年10月13日（土）（試験の前日）まで算入して計算できます。後日、見込期間を超過し受験資格を満たした時点で、被証明者（受験希望者）に対し、確定した日付、内容で再度「実務経験証明書」の発行をお願いします。

※実務経験証明書について、虚偽の内容を証明した場合は、その受験は「無効」となります。  
※介護保険法第69条の39第1項第2号により、不正の手段により介護支援専門員の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が規定されていますのでご注意ください。  
※証明内容に不備・不明点があった場合は、内容確認の問い合わせ・書類再提出をしていただくことがあります。

**記入例**

ホームページからプリントアウトして使用してください

平成30年度  
実務経験証明書

作成日記入

平成 30年 6月 20日

茨城県社会福祉協議会長 様

**折曲禁止**

所在地

茨城県 9

名称

社芸福 特別養護老人ホーム千波の郷

代表者職氏名

公印

(担当者職氏名)

電話番号

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	いばらき	たろう	生年月日
受験者氏名	(姓) 茨城	(名) 太郎	昭和・平成 57年 5月 5日生
施設または事業所名 (法人名も記載)	※同一法人・団体等であっても勤務先施設・事業所等が複数ある場合は、それぞれ証明願います。 社会福祉法人千波会 特別養護老人ホーム千波の郷		
所在地	※本部・本社の住所ではなく、勤務先施設・事業所の住所を記入してください。 茨城県〇〇市〇〇町178		
施設等開所年月日	※勤務先施設・事業所の開所年月日を記入してください。 昭和・平成 年 月 日 (事業所番号 )		
直接的な対人援助 業務従事期間 ※1	西暦 2012年 4月 1日 ~ 2018年 6月 20日 ( 6年 2ヶ月 20日) ※育児・療養・介護休暇などの休暇期間がある場合は、休暇取得前と休暇取得後の期間を分けて作成してください。 ※医師や看護師等、免許登録が必要となるものは、登録日以降が業務期間となります。 ※職種が変更(准看護師から看護師、介護職から相談員等)した場合は、それぞれの期間に分けて作成してください。		
上記のうち業務に 従事した実勤務日数	1,242日間 ※休業中に従事しなかった日数を除くこと。		
受験資格コード番号 ※2	事業所特有の呼称ではなく、法律上の呼称に相当する名称で記 介護職		
業務内容 ※2	特別養護老人ホームにおいて、食事・入浴・排泄介助を主とした介護業務に従事		

注意事項

H30年度試験実施案内(P41~42)を参考に、必ず所属長等の証明権限を有する方が記入してください。受験申込者が自筆した場合は、無効となりますのでご注意ください。

※1 「直接的な対人援助業務従事期間」欄は、被証明者が要援護者に対し、直接的な援助業務を記入してください。

具体的な業務を記載すること。  
(要援護者に対する直接的な援助を)

は、被証明者の本来業務について、具体的に「老人デイサービス事業において従事し、相談業務や通所介護計画の作成等の業務を行っている」などと、どのような職種で、何を行っているのか」を具体的に記入して下さい。

介護保険法第69条の31により、不正の手段によって、介護支援専門員実務研修受講試験を受け、又は受けようとした者に対しては、合格の決定を取消し、又は受験を禁止することがありますのでご注意ください。

様式第2号

※コピーまたは茨城県社会福祉協議会ホームページからプリントアウトして使用してください

※記入例を参考に記入ください

# 平成30年度 実務経験証明書

平成30年 月 日

茨城県社会福祉協議会長 様

所在地

名称

代表者職氏名

公印

(担当者職氏名

)

電話番号

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
受験者氏名	(姓)	(名)	昭和・平成 年 月 日生
施設または事業所名 (法人名も記載)	※同一法人・団体等であっても勤務先施設・事業所等が複数ある場合は、それぞれ証明願います。		
所在地	※本部・本社の住所ではなく、勤務先施設・事業所の住所を記入してください。		
施設等開所年月日	※勤務先施設・事業所の開所年月日を記入してください。 昭和・平成 年 月 日 (事業所番号 )		
直接的な対人援助 業務従事期間 ※1	年 月 日 ~ 年 月 日 ( 年 ヶ月 日) ※育児・療養・介護休暇などの休職期間がある場合は、休暇取得前と休暇取得後の期間を分けて作成してください。 ※医師や看護師等、免許登録が必要となるものは、登録日以降が業務期間となります。 ※職種が変更(准看護師から看護師、介護職から相談員等)した場合は、それぞれの期間に分けて作成してください。		
上記のうち業務に 従事した実勤務日数	日間 ※休日、休暇、病気、産休などの休職期間等で業務に従事しなかった日数を除くこと。		
受験資格コード番号 ※事務局使用欄		職種名	
業務内容 ※2			

## 注意事項

**H30年度試験実施案内(P41~42)を参考に、必ず所属長等の証明権限を有する方が記入してください。受験申込者が自筆した場合は、無効となりますのでご注意ください。**

※1 「直接的な対人援助業務従事期間」欄は、被証明者が要援護者に対し、直接的な援助業務を行っていた期間を記入してください。

※2 「業務内容」欄は、被証明者の本来業務について、具体的に「老人デイサービス事業において生活相談員として従事し、相談業務や通所介護計画の作成等の業務を行っている」などと、「何の事業に、どのような職種で、何をを行っているのか」を具体的に記入して下さい。

**介護保険法第69条の31により、不正の手段によって、介護支援専門員実務研修受講試験を受け、又は受けようとした者に対しては、合格の決定を取消し、又は受験を禁止することがありますのでご注意ください。**