

実務経験を証明する事業所の方へ

実務経験証明書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 代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公印（職印）を使用してください。
 - 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
受験希望者の勤務時の氏名を記入してください。
 - 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、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・事業所等が県知事等の認可・許可・承認を受けた日、又は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、資格取得後に、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。
 - 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。
- ※ 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。

資格コード	資格名称
1001	医師
1002	歯科医師
1003	薬剤師
1004	保健師
1005	助産師
1006	看護師
1007	准看護師
1008	理学療法士
1009	作業療法士

資格コード	資格名称
1010	社会福祉士
1011	介護福祉士
1012	視能訓練士
1013	義肢装具士
1014	歯科衛生士
1015	言語聴覚士
1016	あん摩マッサージ指圧師
1017	はり師

資格コード	資格名称
1018	きゅう師
1019	柔道整復師
1020	栄養士・ 管理栄養士
1021	精神保健福祉士
2001	生活相談員
2002	支援相談員
2003	相談支援専門員
2004	主任相談支援員

記入例

福祉協議会ホームページから印刷して使用してください

介護支援専門員実務研修受講試験 実務経験証明書

作成日記入

令和2年 6月 20日

茨城県社会福祉協議会会長 様

折曲禁止

所在地

茨城県
社会福祉協議会
サービスセンター白鳥の湖

証明権者の印

名称

代表者職氏名

(担当者職氏名)

電話番号

公印

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 58年 2月 24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 サービスセンター白鳥の湖		
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。 年 月 日		
直接的な対人援助 業務従事期間 ※1 資格取得後から記入	平成 26年 6月 1日 ~ 平成 28年 12月 19日 (2年 6ヶ月 0日) ※育児・療養・介護休暇等の休職期間がある場合、休暇取得前と休暇取得後の期間で、用紙を分けて作成してください。 ※免許取得・資格登録日以降で記入すること。 ※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	「生活相談員」等は、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載する。 600日間 ※業務に従事しなかった日数を除くこと。		
資格コード	介護職		
業務内容 ※2	サービスセンターにおいて、食事・入浴・排泄介助を主とした介護業務に従事		

注意事項

記入例を参考に、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行っていることがわかるように)

は、被証明者の本来業務について、具体的に「老人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。

※3 訂正の際は、二重線および訂正印(公印)にて訂正してください。

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印刷して使用してください

※記入例を参考に記入してください

茨城県介護支援専門員実務研修受講試験 実務経験証明書

年 月 日

茨城県社会福祉協議会会長 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)	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。 年 月 日		
直接的な対人援助 業務従事期間 ※1 資格取得後から記入	年 月 日 ~ 年 月 日 (年 ヶ月 日) ※育児・療養・介護休暇等の休職期間がある場合、休暇取得前と休暇取得後の期間で、用紙を 分けて作成してください。 ※免許取得・資格登録日以降で記入すること。 ※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。		
資格コード		職種名	
業務内容 ※2			

注意事項

**記入例を参考に、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、何を行っているのか」を具体的に記入して下さい。

※3 訂正の際は、二重線および訂正印(公印)にて訂正してください。

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。