

実務経験証明書

見込み・確定

三重県社会福祉協議会 会長 様

証明日 令和7年 月 日

法人又は団体等の所在地及び名称  
(〒 - )

所在地

法人等団体名

代表者職氏名



|         |       |
|---------|-------|
| 担当者氏名   |       |
| 連絡先電話番号 | ( ) - |

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。

|                     |                                                                                                 |                       |                                 |
|---------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------|---------------------------------|
| フリガナ                |                                                                                                 |                       |                                 |
| 受験者氏名               | (※勤務当時の氏名を記入してください。)                                                                            | 生年月日                  | 昭和 平成 年 月 日                     |
| 施設又は事業所名            | (※同一法人等であっても勤務先施設・事業所が複数ある場合は施設ごとに証明書を発行してください。)                                                |                       |                                 |
| 所在地                 | (〒 - )                                                                                          |                       |                                 |
| サービス種別              | (※例:「病院」、「介護老人保健施設」、「通所介護事業所」等)                                                                 |                       |                                 |
| 職種名                 |                                                                                                 | 受験資格コード<br>(資格コード表参照) |                                 |
| ① 雇用期間              | 昭和・平成・令和 年 月 日 ~ 昭和・平成・令和 年 月 日                                                                 |                       |                                 |
| ② 資格登録日             | 昭和・平成・令和 年 月 日<br>(※資格を有さない相談援助業務に従事する者は記入不要)                                                   | 業務内容                  | (※具体的な業務内容を記入してください。)           |
| ③ 直接対人援助<br>業務従事開始日 | 昭和・平成・令和 年 月 日                                                                                  |                       |                                 |
| ④ 直接対人援助<br>業務従事期間  | 昭和・平成・令和 年 月 日 ~ 昭和・平成・令和 年 月 日 ( 年 ヶ月)<br>▶ (①「雇用期間」の開始日、②「資格登録日」、③「直接対人援助業務従事開始日」のうち一番遅い日を記入) |                       |                                 |
| ⑤ 休業期間              | 年 ヶ月 (※育児休業、病気休業等)                                                                              |                       |                                 |
| ⑥ 業務従事期間            | 年 ヶ月 (1ヶ月未満切捨)<br>※④「直接対人援助業務従事期間」から⑤「休業期間」を除いた年月数                                              | うち業務従事日数              | 日<br>※休日・休暇・休業期間を除く実際の業務従事日数を記入 |

注意事項

黒のボールペンを使用してください。(消せるボールペン・鉛筆使用不可)  
必ず団体・法人等の証明権限を有する方が作成してください。  
担当者氏名・連絡先も必ず記入してください。  
証明者と受験申込者が同一の場合、開業証明書、開設届等の写しを添付してください。  
訂正する場合は二重線を引き、担当者による訂正印を押してください。(修正液・テープ等使用不可)  
証明印のないものは無効となります。  
本様式を「見込み」で提出した場合、業務従事期間・業務従事日数が確定次第、速やかに確定版を作成し、提出してください。  
受験申し込みに当たって虚偽や不正があった場合、試験に合格しても介護保険法により介護支援専門員の登録が消除されます。  
現在の氏名と実務経験証明書の氏名が異なる場合は、変更前後の氏名が分かる「戸籍抄本」を添付してください。