

この用紙のみ、複数部必要な場合はコピーして使用ください。

実務経験証明書

(平成30年度石川県介護支援専門員実務研修受講試験受験用)

社会福祉法人石川県社会福祉協議会 理事長 様

施設・事業所所在地

施設又は事業所名

代表者氏名

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。

証明日	平成	年	月	日
区分	確定・見込			※該当する方に○

受験者氏名	※勤務時（過去の勤務先の場合は勤務当時）の氏名を記載ください。 (生年月日： 昭和 年 月 日) 平成		
受験者住所	※勤務時（過去の勤務先の場合は勤務当時）の住所を記載ください。		
施設又は事業所名			
業務従事期間	※受験資格に関する業務に従事している期間を記載ください(1ヵ月未満切捨て)。 ※国家資格に関する業務であっても、要介護者に対する対人の直接的な援助を行っていない場合(例：事務作業が主等)、受験資格には該当しませんので、ご注意ください。 ※国家資格に基づき従事している方は、当該業務従事期間は登録日以降としてください。 ※育休、病休等休職した期間を除いた期間を記入してください。 年 月 日 ~ 年 月 日 (年 月)		
	育休・病休等 休職した期間	年 月 日 ~ 年 月 日 (年 月)	
	過去に在職(退職等) ・ 現在就業中 ※該当する方に○		
うち業務に従事した 日数	※「約」「およそ」等の曖昧な表現は使用せず、休日、育休、病休等を除いて実際に受験資格に関する業務に従事した日数を正確に記入ください。ただし、産前・産後休暇は、算入対象です。 日		
業務内容	コード番号		
	※コード番号は、「受験案内」の別表1~2(P3~P4)より、該当する番号を記載ください。 ※医業、養護老人ホームの介護福祉士、○作業所の相談支援専門員等、具体的に記載ください。		

※記入上の注意(「受験案内」の記入要領・記入例(P19~21、24~27)参照)

- ・「施設・事業所所在地、施設又は事業所名」「代表者氏名」欄は、法人名ではなく、実際の勤務施設名を記入してください。
- ・一法人で複数の勤務施設がある場合は、勤務施設ごとに本証明書を作成してください。
- ・証明印は、証明者の公印(職印)を使用してください。個人経営等で公印がない場合は、役所等に通常書類を提出する際に使用する個人印を使用してください。
- ・「証明日」欄は、本証明書を作成した日を記載ください。ただし、受験案内配布日以降の日付を記載ください。
- ・「区分」欄は、申込時点ですでに受験要件となる期間、日数を満たしている場合は「確定」に、申込時点では満たしていないが、試験前日までに満たす場合は「見込」に○を付けてください。
- ・見込証明の場合は、試験前日までの期間を算入できます(ただし、実務経験が満たされた後、内容が確定した実務経験証明書の提出が必要。)
- ・証明内容を訂正した場合は、証明権者の公印で訂正印を押してください。修正液、二重線等による訂正は認められません。
- ・施設、事業所等の廃業及び統廃合等により、実務経験証明書の発行が困難な場合は、給与明細書、雇用契約書、受験年度以前に作成された実務経験証明書及び受験年度以前の受験票等を提出してください。