

## 実務経験証明書（平成29年度）

フリガナ			生年月日
氏名	(姓)	(名)	昭和 年 月 日 平成
施設又は事業所名	(法人名)	(事業所名)	
所在地	(※本部・本社の住所ではなく、勤務先事業所の住所を記入してください)		
施設種別		事業所指定 年 月 日	昭和 年 月 日 平成
職種(名)又は業務内容			
実務経験期間 (直接対人援助期間) (実務経験証明書作成日までの実務経験期間又は退職した日までの実務経験期間)	年 月		
	うち業務に従事した日数		日
	(※休日、休暇、病気、休職等で業務に従事しなかった日を除いた日数を記入してください)		
<p>(1) 上記の者は、昭和・平成 年 月 日から 当施設・事業所において上記の職種(名)で勤務していることを証明します。</p> <p>(2) 上記の者は、昭和・平成 年 月 日から 昭和・平成 年 月 日まで 当施設・事業所において上記の職種(名)で勤務していたことを証明します。</p> <p>平成 年 月 日</p> <p>公益財団法人 秋田県長寿社会振興財団理事長 殿</p> <p>所在地</p> <p>施設・事業所名</p> <p>施設・事業所代表者氏名</p> <p>電話番号</p> <p>担当者氏名</p>			
			代表者の職印

※ 裏面の注意事項・記入例を参照してください。

※ 記入もれや不備・不明な箇所がある場合に、当試験事務局より確認をさせていただき、必要に応じ書類の追加・再提出をしていただくことがありますので、事業所の電話番号、担当者氏名を必ずご記入ください。

# 実務経験証明書記入要領等

1. 平成19年度以降に秋田県で確定した実務経験証明書を提出し受験票の交付を受けた方は、実務経験証明書の提出は不要です。「受験申込書」の所定の欄に直近の受験年度と受験時の氏名を記載してください。  
 なお、今年度初めて受験申込をする方並びに直近の実務経験証明書提出年度が平成18年度以前の方は、実務経験証明書の提出が必要となります。
2. 申込み時点で実務経験が満たされない方は、次ページの「実務経験見込証明書」を使用することになりますのでご注意ください。
3. 受験申込者（個人開業者を除く。）が自書したもの、証明権限を有する者（長）の印（職印）のないもの、施設又は事業所名、業務期間、業務日数、業務内容の記入もれ及び不明なもの、訂正事項について証明権限を有する者の訂正印のないもの、修正液等の使用による訂正等、所定の用紙以外の用紙（パソコン等で作成したもの等）は証明書としては無効となります。
4. 実務経験証明書が2ヵ所以上から必要な場合は、この用紙をコピーをして使用してください。なおコピーする際は、必ず裏面（記入要領）もコピーしてください。
5. **実務経験証明書はLL財団ホームページ（<http://www.akita-longlife.net>）からもダウンロードできます。**そちらを使用しても構いませんが、作成・発行する際は、受験の手引き及び次の記入要領に注意のうえ、必ず所属長等証明権限を有する者が記入してください。  
 なお、**一部でも自書の箇所があると証明書としては無効となり、再提出となります**ので、当該証明書全ての欄を所属長等の証明権限を有する者が記入してください。  
**（「氏名」欄、「施設又は事業所名」欄が自書の場合も再提出となります。）**
  - ① 施設種別は具体的に特別養護老人ホーム、身体障害者療護施設、老人デイサービス事業、〇〇実施要綱の〇〇事業の〇〇等を記入してください。
  - ② 「事業所指定年月日」欄は、当該施設・事業所等について、都道府県知事等の許可・認可・承認・指定を受けた日を記入してください。なお、**指定年月日以降の業務でなければ実務経験として算定できません。**
  - ③ 職種（名）又は業務内容については具体的に、医業、〇〇施設生活指導員、老人〇〇センター寮母等と記入してください。
  - ④ 実務経験期間欄は、受験申込者が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。当該国家資格等を有しながら、要援護者に対する対人の直接的な援助ではない学校教員・研究業務を行っているような期間は、実務経験に含まれません。
  - ⑤ 業務に従事した日数については、就業期間内において、実際に従事した日数（休日、休暇、病気、休職等で相談・介護等の業務に従事しなかった日を除いた日数）を記入してください。  
 また、1日の勤務時間が短い場合については、1日勤務したものとみなして記入してください。
  - ⑥ 証明内容を訂正した場合は、証明権者の職印を押印してください。なお、修正液による訂正は認められませんのでご注意ください。
6. 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おります。
7. 上記の記載内容に記入もれや不備・不明な箇所がある場合は、当試験事務局より内容の確認をさせていただき、必要に応じ書類の追加・再提出をしていただくことがありますので、予めご了承ください。（事業所の電話番号、担当者名をご記入ください。）

＜記入例＞

実務経験証明書（平成29年度） ←

フリガナ	アキタ	コマチ	生年月日
氏名	秋田	こまち	昭和59年10月3日 平成
施設又は事業所名	医療法人長寿会	下堤第二病院	
所在地	秋田県郷野下堤1丁目1-1 <small>（※本館・本社の住所ではなく、勤務先事業所の住所を記入してください）</small>		
施設種別	一般病棟	事業所指定年月日	昭和50年4月1日 平成
職種（名）又は業務内容	介護業務		
実務経験期間 <small>（直接対人援助期間） （実務経験証明書作成日までの実務経験期間又は退職した日までの実務経験期間）</small>	3年 6月		
	うち業務に従事した日数 840日 <small>（※休日、休暇、病気、休職等で業務に従事しなかった日を除いた日数を記入してください）</small>		
(1) 上記の者は、昭和・平成 年 月 日から 当施設・事業所において上記の職種（名）で勤務していることを証明します。			
(2) 上記の者は、昭和・平成 19年 10月 1日から 昭和・平成 29年 3月 31日まで 当施設・事業所において上記の職種（名）で勤務していたことを証明します。			
平成 27年 6月 10日			
公益財団法人 秋田県長寿社会振興財団理事長 殿			
所在地	秋田県郷野下堤1丁目1-1		
施設・事業所名	下堤第二病院		
施設・事業所代表者氏名	院長 秋田 花子		
電話番号	018-827-2777		
担当者氏名	事務担当 秋田 寿子		

申込時に実務経験期間が満たされている場合、あるいは過去において勤務していた場合

現在勤務している場合  
（実務経験証明書作成日までの期間）

過去において勤務していた場合  
（退職した日までの期間）

必ず代表者の職印を押印してください

必ず事業所の電話番号、担当者氏名を記入してください

※ 裏面の注意事項・記入例を参照してください。  
 ※ 記入もれや不備・不明な箇所がある場合に、当試験事務局より確認をさせていただき、必要に応じ書類の追加・再提出をしていただくことがありますので、事業所の電話番号、担当者氏名を必ずご記入ください。