


## 実務経験見込証明書（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 平成	年 月 日
職種(名)又は 業務内容			
実務経験見込期間 (直接対人援助期間) (平成29年10月7日までの 実務経験見込期間)	年 月		日
	うち業務に従事した日数 (※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>上記の者は、平成 年 月 日から平成29年10月7日まで当施設・事業所において上記の職種(名)で勤務する見込みであることを証明します。</p> <div style="text-align: center; margin-top: 20px;"> <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> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; margin-top: 20px;"> <div style="width: 70%;"> <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> </div> <div style="width: 25%; border: 1px dashed black; padding: 5px; text-align: center;"> <p>代表者 の職印</p> </div> </div>			

※ 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。

## 実務経験見込証明書記入要領等

1. 受験申込時点で実務経験が満たされる方は、P. 55の「実務経験証明書」を使用してください。
2. 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。
3. 実務経験見込証明書は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 実務経験見込期間欄は、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。
4. 受験申込時に実務経験期間が満たされず、実務経験見込証明書を提出する場合は、実務経験期間を平成29年10月7日（土）（試験日前日）までとして計算し、実務経験が満たされた後に、平成29年10月17日（火）までにP. 55の実務経験証明書を提出してください。（簡易書留郵便扱いにて必着。）  
 なお、10月17日（火）までに実務経験証明書が提出されない場合は、受験資格を満たさなかったものとして、実務研修受講試験は無効となりますのでご注意ください。
5. 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削除する旨の規定が定められております。
6. 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、担当者名を必ずご記入ください。）

### <記入例>

#### 実務経験見込証明書（平成29年度）

フリガナ	アキタ	コマチ	生年月日
氏名	(姓) 秋田	(名) こまち	昭和 29年10月 0 日 平成
施設又は事業所名	(法人名) 社会福祉法人 秋田所野会	(事業所名) 秋田県高齢者総合相談センター	
所在地	秋田市御所野下堤5丁目1-1 <small>(※住所、本社住所ではなく、勤務先事業所の住所を記入してください)</small>		
施設種別	相談機関	事業所指定年月日	昭和 元年 月 日 平成
職種(名)又は業務内容	相談員		
実務経験見込期間 <small>(直接対人援助期間) (平成29年10月7日までの実務経験見込期間)</small>	1年 6月		
	うち業務に従事した日数 260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>		
上記の者は、平成28年 4月 1日から平成29年10月7日まで当施設・事業所において上記の職種(名)で勤務する見込みであることを証明します。			
平成29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	秋田市御所野下堤5丁目1-1		
施設・事業所名	社会福祉法人 秋田長寿会		
施設・事業所代表者氏名	理事長 秋田 良郎		
電話番号	018-827-2888		
担当者氏名	福祉太郎		

← 申込時に実務経験期間が満たされず、試験日前日（10月7日）までに満たされる場合

← 平成29年10月7日までの実務経験見込期間を記入してください

← 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。