

実務経験証明書（平成30年度）

フリガナ			生 年 月 日
氏 名	(姓)	(名)	昭和 年 月 日 平成
	(法人名)	(事業所名)	
施設又は 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 style="text-align: center;">平成 年 月 日</p> <p style="text-align: center;">社会福祉法人 秋田県社会福祉協議会 会長 殿</p> <p style="text-align: center;">所 在 地</p> <p style="text-align: center;">施 設 ・ 事 業 所 名</p> <p style="text-align: center;">施設・事業所代表者氏名</p> <p style="text-align: center;">電 話 番 号</p> <p style="text-align: center;">担 当 者 氏 名</p> <div style="border: 1px dashed black; width: 80px; height: 60px; margin-left: auto; margin-right: auto; text-align: center; padding: 5px;"> 代表者 の職印 </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、担当者氏名を必ず御記入ください。

実務経験証明書記入要領等

1. 今年度は、実務経験証明書の省略はできませんので、申込者全員が実務経験証明書の提出が必要です。
2. 申込み時点では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注意してください。
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カ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. 本会ホームページ（<http://www.akitakenshakyō.or.jp>）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注意してください。
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、予め御了承ください。（事業所の電話番号、担当者名を御記入ください。）

＜記入例＞

実務経験証明書（平成30年度）←

フリガナ	アキタ	ノマチ	生年月日
氏名	(姓) 秋田	(名) こまち	(昭和) 39年10月3日 平成
施設又は事業所名	(法人名) 社会福祉法人山王会	(事業所名) 特別養護老人ホーム旭北園	
所在地	秋田市旭北栄町1-5 <small>(※本館・本社以外の住所ではなく、勤務先事業所の住所を記入してください)</small>		
施設種別	介護老人福祉施設	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	生活相談員		
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)	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>		
<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)20年10月1日から 昭和(平成)24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。</p> <p>平成30年6月20日</p> <p>社会福祉法人 秋田県社会福祉協議会 会長 殿</p> <p>所在地 秋田市旭北栄町1-5</p> <p>施設・事業所名 社会福祉法人山王会</p> <p>施設・事業所代表者氏名 会長 秋田花子</p> <p>電話番号 018-829-2977</p> <p>担当者氏名 事務担当 秋田寿子</p>			

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、担当者氏名を必ず御記入ください。

