

実務経験証明書

証明日：平成30年 月 日

(鹿児島県知事指定試験実施機関)

社会福祉法人

鹿児島県社会福祉協議会会長 様

証明者の所在地 _____

証明者の名称 _____

代表者職・氏名 _____ 印

〔担当者職・氏名 _____ 〕
〔担当者連絡先 _____ 〕

介護支援専門員実務研修受講試験に係る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。

受験者氏名	(旧姓：) 【生年月日 昭和・平成 年 月 日】
受験者住所	〒
施設又は事業所名	
施設又は事業所の所在地	〒
業務期間	昭和・平成 年 月 日 ~ 昭和・平成 年 月 日 期間： 年 ヶ月勤務・業務従事日数 (日間)
具体的な業務内容	

- (注) 1 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いるのでご注意ください。
- 2 証明能力を有する者以外が作成したもの、必要事項の記入もれ又は不明なもの、訂正印のないもの、修正液等を使用しての修正のあるものは証明書として無効となります。
- 3 証明書の内容に不明な事項がある場合は、当該証明書の担当者に内容の照会、確認を行う場合があります。
- 4 本証明書様式が複数枚数必要な場合は、コピーしてお使いください。

※裏面の〈記入例〉を参照のうえ、ご記入ください。

実務経験証明書

〈記入例〉

証明日：平成30年 6月 20日

(鹿児島県知事指定試験実施機関)

社会福祉法人

鹿児島県社会福祉協議会会長 様

証明者の所在地 鹿児島市鴨池新町〇丁目〇番〇号

平成30年度受験者は全て実務経験証明書の
提出が必要です。

証明者の名称 社会福祉法人 〇〇〇会

代表者職・氏名 理事長 桜島 東

公印

印

担当者職・氏名 総務人事担当 桜島 南

担当者連絡先 099-000-△△△△

介護支援専門員実務研修受講試験に係る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。

受験者氏名	鹿児島 太郎 (旧姓：) 【生年月日 昭和・平成 37年11月 1日】
受験者住所	〒890-8517 鹿児島市鴨池新町1-7 〇〇マンション101号室
施設又は事業所名	鹿児島なのはな園
施設又は事業所の所在地	〒890-0064 鹿児島市鴨池新町〇丁目〇番〇
業務期間	昭和・平成 23年 4月 1日 ~ 昭和・平成 30年 6月20日 期間： 7年 2ヶ月勤務・業務従事日数 (1,531 日間)
具体的な業務内容	特別養護老人ホーム 介護職

氏名・住所は、住民票に記載されている証明
書作成時の名前及び住所です。勤務時と異なる
場合は、現在の名前・住所を証明者に提示
して記入してもらってください。

(注) 1

「業務内容」欄は、施設種別等(例：特別養護老人ホーム、身体障害者更生援護施設、
老人デイサービス事業等)を記入し、実務経験被証明者の本来業務について、具体的
に(例：医業、看護師業務、生活相談員、介護業務等)記入してください。

手段により登録を受けた場
留意ください。

○「業務期間」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。

※1ヶ月未満は切り捨てて記入してください。

○業務に従事した日数は、業務内容に記載した業務に実際従事した日数(休日、休暇、出張、研修、育休、病休、介護休業等で相談
援助業務や介護業務等に従事しなかった日を除いた日数)を記入してください。

※日数を把握できない場合に限り次を参考にしてください。

(1週間あたりの勤務日数×年間52週-年間祝祭日15日)×従事期間(年 ヶ月)=業務に従事した日数