

【下記ページの記入例は、本冊子からコピーをとって証明書様式（P29）等とともに証明者にお渡しください】

（実務経験証明書記入例）

（様式2）

《本冊子を切り取らずにコピーをとって証明者にお渡しください。》

第27回（令和6年度）奈良県介護支援専門員実務研修

実務経験証明書

実際の証明日を記入してください。
（証明日は受験申込日以前となります）

令和6年6月15日

問い合わせの際に必要
ですので、必ず全ての項
目に記入してください。

派遣社員の場合は、派
遣元の法人代表者等が
証明者となります。

法人又は勤務先の代表者を記入

職印

所在地
法人等団体名
代表者職・氏名

〒610-0223
奈良県橿原市白旗町1-2-23
奈良介護株式会社 ヘルパーステーション橿原
代表取締役 ○○ ○○
（又は 施設長 ○○ ○○）

担当者氏名
連絡先電話番号

○○ ○○ 部署名 総務課人事係
0744-0000-0000

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。

フリガナ	ケンシュウ	ハナコ	生年月日				
受験者氏名	(姓) 研修	(名) 華子	昭和 平成	61年	1月	1日生	
施設又は事業所名 (法人名含む)	※同一団体等であっても勤務先施設・事業所が複数ある場合は、施設等毎に証明書を発行してください 特別養護老人ホーム 橿原						
種別	特別養護老人ホーム						
勤務地	橿原市大久保町4-5-6 ※法人本部・本社の所在地ではなく、勤務先・事業所の所在地を記入してください						
施設等開設年月日 (事業開始年月日)	※許可・認可・承認・指定等を受けた日、事業開始の届出を行った日を記入してください 昭和(平成)・令和 14年 4月 1日						
直接対人援助 従事期間	昭和 平成 令和 元年 9月 7日 ~ 昭和 平成 令和 6年 9月 7日 (在職中・退職)						
※受験資格に該当しない期間 は除外してください。 国家資格保有者の場合は 登録日以降	見込期間	(有・無)	【5年0ヶ月間】 ※1ヶ月未満切捨て				
上記のうち業務 に従事した日数	1,100 日間 業務に従事しなかった日を除く						
職種名	生活相談員		実務経験コード ※別表1(P6)・ 別表2(P7)参照	2	0	0	4
業務内容	特別養護老人ホームの生活相談員として相談援助業務に従事している。 ※同一施設等内において異動等により職種・業務内容等が異なる場合は、各々の証明をお願いします						
備	見込期間は最大で令和6年10月12日(試験 前日)まで算入が可能です。 その場合、見込期間「有」に○を付してください。			受験案内P6~P7を参照してください。			

受験者氏名
施設又は事業所名:
勤務地:
受験者の勤務当時の内
容で記入してください。

見込み期間が無い場合は「無」に○を付してください。

注
意
事
項

- 必ず証明権限を有する方が記入してください。
- 記入にあたっては、「記入上の注意事項」(P31)等を参照してください。
- 個人開業等を除き、受験者が自書した場合は無効となりますのでご注意ください。
また、担当者氏名・連絡先も記入してください。

不正の手段によって当該試験を受け、又は受けようとした場合、合格決定を取消し、又は受験することを禁止することがあります(介護保険法第69条の31)。又、上記により合格を取り消された場合、介護支援専門員の登録は取り消されます(同法第69条の6第4号)。