

【下記ページの注意事項は、本冊子を切り取らずに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」を発行される事業者の皆様への記入上の注意事項

証明者とは、法人の代表者、施設・事業所の長等、証明権限がある方です。

- (1) 実務経験証明書は、受験資格（P2）及び実務経験コード（P6～7）を今年度の「受験案内」、又は本会ホームページ（<https://nara-shakyo.jp>）で確認した上で作成してください。
- (2) 証明者は、必ず受験者（被証明者）の業務従事状況を書類等で確認した上で証明を行ってください。
- (3) **実務経験証明書（見込期間「有」）**を発行する場合は、従事期間を最長で**令和6年10月12日（試験日の前日）**まで算入できます。後日、**見込期間を超過し受験資格を満たした時点**で、受験者に対し確定した内容で再度「実務経験証明書」の発行をお願いします。（提出期限：令和6年10月21日（月））
- (4) 証明内容が不明な場合等は、証明者に内容確認を問い合わせたり、書類の再提出等を求めることがあります。

【注意】

実務経験証明書について、不実又は錯誤した内容を証明した場合は、その受験は「無効」となります。

項 目	注 意 事 項
証明者名等	<ul style="list-style-type: none"> ○ 証明者名の他、今後の問い合わせ先として担当者の氏名、部署名、連絡先電話番号等を記入してください。 ○ 証明印は証明者の公印（職印）を使用してください。 ※個人経営等で公印がない場合は、通常役所等に書類を提出する際に使用する個人印を使用してください。
施設又は事業所名	<ul style="list-style-type: none"> ○ 受験者が勤務している（していた）施設等の名称を記入してください。 ○ 「介護保険法」、「障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律（障害者総合支援法）」又は「障害者自立支援法」等に基づく指定事業所については、事業所番号も記入してください。
種 別	<ul style="list-style-type: none"> ○ 「特別養護老人ホーム」、「障害者支援施設」、「老人デイサービスセンター」、「訪問介護事業所」、「診療所」、「薬局」等、具体的に記入してください。
施設等開設年月日	<ul style="list-style-type: none"> ○ 当該施設等の開設年月日を記入してください。都道府県知事等の指定等を受けた日、又は届出を行った日と、開設年月日が異なる場合はいずれも記入してください。 ※閉鎖した施設等の場合は、備考欄に閉鎖日（廃止日）を記入してください。また、「介護保険法」、「障害者総合支援法」又は「障害者自立支援法」等に基づく奈良県内の指定事業所を除き、開設年月日及び閉鎖年月日が確認できる書類を添付してください。
直接対人援助業務従事期間	<ul style="list-style-type: none"> ○ 受験者が「要援護者に対し、直接的な対人援助業務を行っていた期間」を記入してください。 ※国家資格等を有していても、直接対人援助業務でない期間（例：看護師資格を有し、看護学校業務・研究業務等を行っていた期間等）は算入できません。 ※別表1（P6）の国家資格等に基づく業務の場合、資格の登録日以降を算入します。資格登録日を受験者本人に必ずご確認ください。 ※事務等の受験資格に該当しない従事期間は必ず除外してください。
上記のうち業務に従事した日数	<ul style="list-style-type: none"> ○ 休日、休暇（公休含む）、研修、休職等で従事しなかった日を除いた日数（実際に受験資格に該当する勤務のあった日数）を記入してください。
職種名	<ul style="list-style-type: none"> ○ 受験者が施設等で実際に従事している職名を記入してください。 （例：訪問介護員、介護職、生活相談員、看護師等）
実務経験コード	<ul style="list-style-type: none"> ○ 別表1（P6）に掲げる国家資格等の資格に基づく業務に従事している場合は、当該資格にかかる4桁のコードを記入してください。別表2（P7）に掲げる相談援助業務に従事している場合は、当該業務にかかる4桁のコードを記載してください。
業務内容	<ul style="list-style-type: none"> ○ 受験者の本来業務の内容について施設種別・事業種別等も含め具体的に記入してください。 （例：「訪問介護事業所の訪問介護員として食事・入浴・排泄等の介助等の業務に従事」、「特別養護老人ホームの介護職員として直接対人援助業務に従事」、「病院の准看護師として患者の看護に従事」、「接骨院のあん摩マッサージ指圧師として患者の施術に従事」、「病院の薬剤師として患者の服薬指導に従事」等） ※同一法人・施設等内で異動等により職種・業務内容が変わった場合は、各々の期間・日数等を証明してください。 ※施設長・管理者等の管理・運営業務は実務経験に該当しない業務です。
備考欄	<ul style="list-style-type: none"> ○ 施設等の名称変更、法人変更等があった場合は、変更年月日と併せて記入してください。 ○ 派遣勤務の場合は「派遣勤務」と記入してください。