

(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23回 (令和2年度) 奈良県介護支援専門員実務研修受講試験  
実務経験証明書

令和2年 月 日

社会福祉法人奈良県社会福祉協議会 会長 様

所在地  
法人等団体名  
代表者職・氏名

職印

担当者氏名  
連絡先電話番号

部署名

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		生年月日
受験者氏名	(姓) (名)	年 月 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 【介護保険・障害者総合支援法等による指定事業所の場合：事業所番号 ( )】	
種別		
勤務地	(〒 - ) ※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 年 月 日	
直接対人援助 従事期間	昭和 年 月 日～平成 年 月 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)	【 年 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	日間 ※休日、休暇、病気、出張、研修等で直接対人援助業務に 従事しなかった日を除く	
職種名	実務経験コード ※別表1(P6)・ 別表2(P7)参照	
業務内容	※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	
備考欄		

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)。