

【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。）

実務経験証明書

令和2年 6月 15日

問い合わせの際に必要ですの、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。

福祉協議会 会長 様

法人又は勤務先の代表者を記入

所在地  
法人等団体名  
代表者職・氏名

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 ○○)

職印

担当者氏名 ○○ ○○ 部署名 総務課人事係  
連絡先電話番号 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 <b>特別養護老人ホーム 橿原</b>		
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		
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 27年 9月 11日 ~ 平成2年 10月 10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1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 ※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	生活相談員	実務経験コード ※別表1(P6)・別表2(P7)参照	2004
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2年10月10日(試験前日)まで算入が可能です。その場合、見込期間「有」に○を付けてください。 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。

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）。