

第26回介護支援専門員実務研修受講試験

実務経験証明書

記入例（確定）

社会福祉法人宮城県社会福祉協議会 会長 殿

※「見込」は使用不可

所在地
(法人等団体名)
施設又は事業所名
代表者 職・氏名
担当者氏名
連絡先電話番号



※公印のないものは無効

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。

証明年月日 ※1	令和5年 6月 10日	注) 申込期間(6月1日～26日)の日付で証明してください。 ※1 試験後に提出する見込受験の方は、10月11日～24日の日付で構いません。	
フリガナ	ニシキ マチコ	生年月日	
受験申込者氏名	錦 真智子	<input type="checkbox"/> 昭和 2年 9月 8日生 <input checked="" type="checkbox"/> 平成	
施設または事業所	名称	医療法人むすび会 支倉病院	
	所在地 ※2	〒980-0014 仙台市青葉区本町〇丁目〇番地 ※2 勤務先の施設又は事業所の所在地を記入してください。	
	事業所番号 ※3	0 0 0 0 0 0 0 0 0 0	※3 宮城県又は市町村から指定を受けた、10桁の事業所番号を記入してください。 (介護保険制度または障害者総合支援制度に基づく)
	開設日・指定日 ※4	<input type="checkbox"/> 昭和 <input checked="" type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 21年 4月 1日	※4 指定・許可・認可・承認を受けた日、または事業開始の届出日を記入してください。
受験申込者	受験資格 ※5	<input checked="" type="checkbox"/> 法定資格に基づく業務【別表1】 (法定資格名) 介護福祉士 (登録年月日) <input type="checkbox"/> 昭和 <input checked="" type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 21年 4月 20日 <input type="checkbox"/> 相談援助業務【別表2】 (相談援助業務名) _____	受験資格コード【別表1・2】 0 0 3 2 ※5 法定資格に基づく業務の場合、受験者本人に資格登録年月日を確認して記入してください。
	証明日現在の状況 (回答必須) ※6	当該施設または事業所で、受験資格に該当する業務に <input checked="" type="checkbox"/> 従事している / <input type="checkbox"/> 休職中 / <input type="checkbox"/> 異動・退職した ※6 該当する□欄に✓を付してください。	
	対人直接援助業務 従事期間 ※7・※8	(従事開始) <input type="checkbox"/> 昭和 <input checked="" type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 27年 4月 16日から ※7 事業所の開設日・指定日や、資格の登録年月日より後であることを確認してください。 (従事終了) <input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input checked="" type="checkbox"/> 令和 5年 6月 10日まで ※8 証明日時点で該当する業務に従事している場合は、証明日を記入してください。	
	従事期間中の 従事日数 ※9	1,680 日	※9 除外する日：①休日(週休日を含む)、②病気、③研修、④休職等、業務に従事しなかった日。 産前産後休暇は、従事期間には含まれますが、従事日数からは除外してください。
具体的業務内容	(1) 施設または事業の種別	(2) 法定資格名・相談援助業務名	(3) (2)に基づく本来業務
	病院 における	介護福祉士 として	介護 業務に従事
備考欄 ※10	産前産後休暇：平成30年3月2日～平成30年6月25日 他の除外期間：平成30年6月26日～令和元年3月31日(育児休暇) その他特記事項： ※10 除外期間は、理由、期間の開始日・終了日が分かるように記入してください。		

【注意】

- 受験申込者が自書した場合、本証明書は無効となります(個人開業者は除く)。訂正箇所には公印を押印してください。必ず、団体・法人等の証明権限を有する方が記入してください。また、担当者氏名・連絡先も記入してください。
- 各欄の記入にあたっては、【別表1・2】(P23～24)及び「実務経験証明書 記入要領」(P30)を参照してください。
- 様式は、試験実施本部(社会福祉法人宮城県社会福祉協議会)のホームページよりダウンロード可能です。
- ※ 虚偽や不正が判明した場合、介護保険法の規定に基づき、合格決定や介護支援専門員の登録を取り消し、または受験を禁止することがあります。

※試験本部記入欄

第26回介護支援専門員実務研修受講試験

実務経験証明書

確定

社会福祉法人宮城県社会福祉協議会 会長 殿

※「見込」は使用不可

所在地
 (法人等団体名)
 施設又は事業所名
 代表者 職・氏名
 担当者氏名
 連絡先電話番号



※公印のないものは無効

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。

証明年月日 ※1	令和5年 月 日	注) 申込期間(6月1日～26日)の日付で証明してください。 ※1 試験後に提出する見込受験の方は、10月11日～24日の日付で構いません。
フリガナ		生年月日
受験申込者氏名		<input type="checkbox"/> 昭和 年 月 日生 <input type="checkbox"/> 平成
施設または事業所	名称	
	所在地 ※2	〒 ※2 勤務先の施設又は事業所の所在地を記入してください。
	事業所番号 ※3	※3 宮城県又は市町村から指定を受けた、10桁の事業所番号を記入してください。 (介護保険制度または障害者総合支援制度に基づく)
開設日・指定日 ※4	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 年 月 日	※4 指定・許可・認可・承認を受けた日、または事業開始の届出日を記入してください。
受験資格 ※5	<input type="checkbox"/> 法定資格に基づく業務【別表1】 (法定資格名) _____ (登録年月日) <input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 年 月 日	受験資格コード【別表1・2】
	<input type="checkbox"/> 相談援助業務【別表2】 (相談援助業務名) _____	※5 法定資格に基づく業務の場合、受験者本人に資格登録年月日を確認して記入してください。
証明日現在の状況 (回答必須) ※6	当該施設または事業所で、受験資格に該当する業務に <input type="checkbox"/> 従事している/ <input type="checkbox"/> 休職中/ <input type="checkbox"/> 異動・退職した ※6 該当する□欄に✓を付してください。	
対人直接援助業務 従事期間 ※7・※8	(従事開始) <input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 年 月 日から ※7 事業所の開設日・指定日や、資格の登録年月日より後であることを確認してください。	
	(従事終了) <input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 年 月 日まで ※8 証明日時時点で該当する業務に従事している場合は、証明日を記入してください。	
従事期間中の 従事日数 ※9	日	※9 除外する日：①休日(週休日を含む)、②病气、③研修、④休職等、業務に従事しなかった日。 産前産後休暇は、従事期間には含まれますが、従事日数からは除外してください。
具体的業務内容	(1) 施設または事業の種別	(2) 法定資格名・相談援助業務名
	(3) (2)に基づく本来業務	
備考欄 ※10	産前産後休暇： 他の除外期間： その他特記事項： ※10 除外期間は、理由、期間の開始日・終了日が分かるように記入してください。	

【注意】

- 受験申込者が自書した場合、本証明書は無効となります(個人開業者は除く)。訂正箇所には公印を押印してください。必ず、団体・法人等の証明権限を有する方が記入してください。また、担当者氏名・連絡先も記入してください。
- 各欄の記入にあたっては、【別表1・2】(➡P23～24)及び「実務経験証明書 記入要領」(➡P30)を参照してください。
- 様式は、試験実施本部(社会福祉法人宮城県社会福祉協議会)のホームページよりダウンロード可能です。
- ※ 虚偽や不正が判明した場合、介護保険法の規定に基づき、合格決定や介護支援専門員の登録を取り消し、または受験を禁止することがあります。

※試験本部記入欄