

実務経験証明書 記入要領（見込み証明含む）

様式 ※様式の右上記載の表示を御確認ください		■ 実務経験（５年以上かつ９００日以上）を満たしている場合は、「確定」の様式で提出してください。申込時点で実務経験が不足している場合は、「見込」の様式で提出してください。なお、「見込」の様式を提出した場合、試験後に、改めて「確定」様式の実務経験証明書の提出が必要です。その際、証明する従事期間は「見込」のときと同様にしてください（日数は再確認）。 ※申込時点で実務経験を満たしている方が「見込」で提出した場合も、受験後「確定」の提出が必要ですので御注意ください。																																																										
共通		■ 現在の業務が受験資格に該当する場合は、必ず、現在の勤務先からの実務経験証明書が必要です。 ■ 同一法人内でも、名称や所在地、事業所番号が異なる施設・事業所はそれぞれ証明書が必要です。同一施設でも、一度退職した場合や、業務内容が変わった場合は、それぞれ証明書が必要です。 ■ 法人の代表者、施設・事業所の長など証明権限がある方が作成してください。受験者本人が自署した場合は無効です。 ■ 記載事項を訂正する場合は、訂正箇所にも二重線を引き、証明権限を有する長の公印で訂正してください。記入者個人の訂正印、修正液等での訂正は無効です。																																																										
証明年月日		■ 証明した日（証明書発行日）を記入してください。（無記入、申込期間外は無効となります）																																																										
証明者名等		■ 問合せ先の担当者氏名、連絡先電話番号等を必ず記入してください。 ■ 証明印は、公印を使用してください。 ■ 個人経営等で公印がない場合は、役所等に通常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。																																																										
受講申込者氏名等		■ 勤務時の氏名（フリガナを含む）、生年月日を記入し、該当する元号の口欄に✓を付してください。 ■ 過去に勤務した者の証明をする際は、受験申込者が勤務していた当時の姓で記入してください。																																																										
施設又は事業所	名称	■ 受験申込者が勤務している（していた）施設又は事業所の正式名称を記入してください。																																																										
	所在地	■ 受験申込者が勤務している（していた）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	■ 宮城県又は市町村から、介護保険法、障害者総合支援法、児童福祉法上の指定を受けている事業所は、必ず事業所番号を記入してください。 ■ 医療機関コードは記入しないでください。 ※事業所番号が不明な場合は、宮城県ホームページ「介護サービス事業者リスト」、「宮城県内有料老人ホーム一覧」又は「障害福祉サービス等情報検索（WAMNET）」を御確認ください。																																																										
	開設日・指定日	■ 当該施設等が、都道府県知事等の指定・許可・認可・承認を受けた日、又は事業開始の届出を行った日を記入してください（指定等が更新されている場合は、初回の指定日です）。この日より前の業務期間は、実務経験の証明の対象とはなりません。 ※開設日・指定日が不明な場合は、宮城県ホームページ「介護サービス事業者リスト」、「宮城県内有料老人ホーム一覧」又は「障害福祉サービス等情報検索（WAMNET）」を御確認ください。																																																										
受験資格		■ 法定資格及び受験資格コード番号【別表１・２】（⇒Ｐ２３～２４）及び、受験申込者の法定資格登録年月日を御確認の上、記入してください。 ■ 【別表１】法定資格に基づく業務に従事している（していた）場合 例）法定資格名「看護師」、登録年月日、受験資格コード「００１４」を記入 ■ 【別表２】相談援助業務に従事している（していた）場合 例）「特定施設入居者生活介護で、生活相談員として相談援助業務に従事」 ⇒相談援助業務名「生活相談員」、受験資格コードに「００４１」を記入																																																										
証明日現在の状況		■ 証明書に記入した事業所において、記入日現在の受験申込者の状況を選択し、口欄に✓を記入してください。																																																										
従事期間等	対人直接援助等従事期間	■ 受験申込者が、受験資格に該当する業務に従事した期間を記入してください。 ■ 病休・育休等の休職期間は除外し、除外した期間は備考欄に記入してください。 ■ 見込みの場合は、令和７年１０月１１日（土）までの従事期間を証明してください。																																																										
	従事期間中の従事日数	■ 従事期間中、受験資格に該当する業務に従事した日数を記入してください。 ■ 日数の換算は、１日の勤務時間が短い場合も１日勤務したものとみなします。																																																										
具体的業務内容（１）		■ 事業所の種別・事業（サービス）種別を記入してください。例）「病院」「特別養護老人ホーム」「有料老人ホーム」「デイサービス」「訪問看護」「居宅介護支援」「地域包括支援センター」「保健所」など																																																										
具体的業務内容（２）、（３）		■ 【別表１】に示す法定資格に係る業務の場合、下表の法定資格名と業務内容記入例を参考にしてください。 ※要援護者に対する直接的な対人援助業務が、当該者の本来業務として明確に位置づけられていることが必要です。法定資格を有していても、研究、教育、営業、事務等を行っている期間は、実務経験には含まれません。 〔非該当の例〕 ×…介護福祉士が行う福祉用具相談業務、社会福祉士が行う介護業務 など <table><tr><td>法定資格名</td><td>業務内容記入例</td><td>法定資格名</td><td>業務内容記入例</td><td>法定資格名</td><td>業務内容記入例</td></tr><tr><td>医師</td><td>医業務</td><td>理学療法士</td><td>理学療法業務</td><td>言語聴覚士</td><td>言語訓練業務</td></tr><tr><td>歯科医師</td><td>歯科医業務</td><td>作業療法士</td><td>作業療法業務</td><td>視能訓練士</td><td>矯正訓練業務</td></tr><tr><td>薬剤師</td><td>調剤・服薬業務</td><td>あん摩・マッサージ指圧師</td><td>あん摩、マッサージ、指圧業務</td><td>歯科衛生士</td><td>歯科衛生業務、歯科保健指導</td></tr><tr><td>保健師</td><td>保健指導</td><td>はり師</td><td>はり業務</td><td>柔道整復師</td><td>柔道整復業務</td></tr><tr><td>助産師</td><td>妊婦、じよ婦、新生児の保健指導</td><td>きゆう師</td><td>きゆう業務</td><td>社会福祉士</td><td>相談援助業務</td></tr><tr><td>看護師</td><td>看護業務</td><td>栄養士</td><td>栄養指導</td><td>介護福祉士</td><td>介護業務</td></tr><tr><td>准看護師</td><td>看護（補助）業務</td><td>義肢装具士</td><td>義肢装具業務</td><td>精神保健福祉士</td><td>相談援助業務</td></tr></table> ※名称独占資格（保健師、栄養士、社会福祉士、介護福祉士等）は、対人直接援助業務である本来業務の内容を記入。 ■ 【別表２】に示す相談援助業務の場合、【別表２】に記載の施設等に配置とされる職種に基づき、相談援助業務に従事している（していた）ことの証明が必要です。 〔非該当の例〕 ×…デイサービス（通所介護施設）における生活相談員、介護老人保健施設における生活相談員 など <table><tr><td>受験資格コード</td><td>該当施設、職種について</td></tr><tr><td>００４１～００４６</td><td>介護保険法上の指定を受けている施設等で生活相談員（００４１～００４４、００４６）又は支援相談員（００４５）として、相談援助業務に従事している（していた）ことを証明してください。</td></tr><tr><td>００４７</td><td>障害者総合支援法上の指定を受けている施設等で相談支援専門員として相談援助業務に従事している（していた）ことを証明してください。</td></tr><tr><td>００４８</td><td>児童福祉法上の指定を受けている施設等で相談支援専門員として相談援助業務に従事している（していた）ことを証明してください。</td></tr><tr><td>００４９</td><td>生活困窮者自立支援法上の指定を受けている施設等で主任相談支援員として相談援助業務に従事している（していた）ことを証明してください。</td></tr></table>	法定資格名	業務内容記入例	法定資格名	業務内容記入例	法定資格名	業務内容記入例	医師	医業務	理学療法士	理学療法業務	言語聴覚士	言語訓練業務	歯科医師	歯科医業務	作業療法士	作業療法業務	視能訓練士	矯正訓練業務	薬剤師	調剤・服薬業務	あん摩・マッサージ指圧師	あん摩、マッサージ、指圧業務	歯科衛生士	歯科衛生業務、歯科保健指導	保健師	保健指導	はり師	はり業務	柔道整復師	柔道整復業務	助産師	妊婦、じよ婦、新生児の保健指導	きゆう師	きゆう業務	社会福祉士	相談援助業務	看護師	看護業務	栄養士	栄養指導	介護福祉士	介護業務	准看護師	看護（補助）業務	義肢装具士	義肢装具業務	精神保健福祉士	相談援助業務	受験資格コード	該当施設、職種について	００４１～００４６	介護保険法上の指定を受けている施設等で生活相談員（００４１～００４４、００４６）又は支援相談員（００４５）として、相談援助業務に従事している（していた）ことを証明してください。	００４７	障害者総合支援法上の指定を受けている施設等で相談支援専門員として相談援助業務に従事している（していた）ことを証明してください。	００４８	児童福祉法上の指定を受けている施設等で相談支援専門員として相談援助業務に従事している（していた）ことを証明してください。	００４９	生活困窮者自立支援法上の指定を受けている施設等で主任相談支援員として相談援助業務に従事している（していた）ことを証明してください。
法定資格名	業務内容記入例	法定資格名	業務内容記入例	法定資格名	業務内容記入例																																																							
医師	医業務	理学療法士	理学療法業務	言語聴覚士	言語訓練業務																																																							
歯科医師	歯科医業務	作業療法士	作業療法業務	視能訓練士	矯正訓練業務																																																							
薬剤師	調剤・服薬業務	あん摩・マッサージ指圧師	あん摩、マッサージ、指圧業務	歯科衛生士	歯科衛生業務、歯科保健指導																																																							
保健師	保健指導	はり師	はり業務	柔道整復師	柔道整復業務																																																							
助産師	妊婦、じよ婦、新生児の保健指導	きゆう師	きゆう業務	社会福祉士	相談援助業務																																																							
看護師	看護業務	栄養士	栄養指導	介護福祉士	介護業務																																																							
准看護師	看護（補助）業務	義肢装具士	義肢装具業務	精神保健福祉士	相談援助業務																																																							
受験資格コード	該当施設、職種について																																																											
００４１～００４６	介護保険法上の指定を受けている施設等で生活相談員（００４１～００４４、００４６）又は支援相談員（００４５）として、相談援助業務に従事している（していた）ことを証明してください。																																																											
００４７	障害者総合支援法上の指定を受けている施設等で相談支援専門員として相談援助業務に従事している（していた）ことを証明してください。																																																											
００４８	児童福祉法上の指定を受けている施設等で相談支援専門員として相談援助業務に従事している（していた）ことを証明してください。																																																											
００４９	生活困窮者自立支援法上の指定を受けている施設等で主任相談支援員として相談援助業務に従事している（していた）ことを証明してください。																																																											
備考欄		■ 運営法人の変更や事業所等の名称・所在地に変更があった場合は、変更内容が分かるように記入してください。（記入例⇒Ｐ３５） ※申込者自身の異動や退職等による事業所変更や従事期間分離は、事業所ごと・従事期間ごとで、証明書を複数枚に付けてください。 ■ 開設・指定日と当該者の従事開始年月日に矛盾がないか確認してください。																																																										

第28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 〒980-0011 仙台市青葉区上杉●丁目●●●
法人等団体名
施設又は事業所名 社会福祉法人はせくら会
代表者 職・氏名 会長 宮城 一郎
担当者氏名 総務課 田中 花子
連絡先電話番号 022-000-0000



※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7年 6月 10日	注) 申込期間(6月2日～25日)の日付で証明してください。 ※1 見込受験で、試験後の提出の方は、10月13日～31日の日付で構いません。	
フリガナ	カミスギ マチコ		生年月日
受験申込者氏名	上杉 真智子		☐ 昭和 ☒ 平成 3年 6月 21日生
施設または事業所	名称 ※2	社会福祉法人はせくら会 居宅介護支援事業所 セリケアセンター ※2 法人名及び事業所名や部署名等を、省略せず正式名称で記入してください。	
	所在地 ※3	〒980-0014 仙台市青葉区本町○丁目○番地 ※3 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 ※4	0 4 ● ● ● ● ● ● ● ●	※4 介護保険法、障害者総合支援法又は児童福祉法に基づき、宮城県又は市町村から指定を受けている場合のみ記入してください。医療機関コードは記入不要。
	開設日・指定日 ※5	☐ 昭和 ☒ 平成 ☐ 令和 20年 4月 1日	※5 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 ※6	☒ 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) ☐ 昭和 ☒ 平成 ☐ 令和 27年 4月 10日 ☐ 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 ※6 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	該当する口欄にチェック✓してください。 当該事業所・施設で、 ☒ 従事している ☐ 休職中 ☐ 異動・退職した	
	対人直接援助業務従事期間 ※7※8	(従事開始) ☐ 昭和 ☒ 平成 ☐ 令和 27年 4月 10日から ※7 ↑事業所の開設日・指定日や、資格の登録年月日以後であることを確認してください。 (従事終了) ☐ 昭和 ☐ 平成 ☒ 令和 7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、証明年月日と同日を記入してください。	
	従事期間中の従事日数 ※9	2,065 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) 施設種別、事業(サービス)の種別 居宅介護支援事業所 における	(2) 法定資格名・相談援助業務名 介護福祉士 として
備考欄 ※10 ※11	産前産後休暇：平成30年4月2日～平成30年7月25日 他の除外期間：平成30年7月26日～令和元年4月30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。 ※11 運営法人、施設名称や所在地に変更等がある場合は、変更内容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」(⇒P32)を参照してください。
 - 申込者自身の異動等による、事業所変更や従事期間分離は、事業所ごと・期間ごとで証明書を複数枚に分けてください。
 - 様式等は、試験実施本部(社会福祉法人宮城県社会福祉協議会)のホームページから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、又は受験を禁止することがあります。

※試験本部記入欄

※試験本部記入欄