

実務経験証明書

社会福祉法人長野県社会福祉協議会会長様

| | |
|-----|------------|
| 証明日 | 令和 元 年 月 日 |
| 区分 | 確定済 ・ 見 込 |

| | | | |
|------------|----------------------|-----------------|----|
| 法人・施設・事業所等 | 所在地 名称 証明者職・氏名 | 電話番号 (- -) | 職印 |
| | 証明書作成者 職・氏名 | | |

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。

| | | | | | |
|-----|------|-------|---|---|---|
| 氏 名 | 生年月日 | 昭和・平成 | 年 | 月 | 日 |
| 住 所 | | | | | |

| | | | | |
|----------|------|------|----------|----------------------------------|
| 通算実務経験期間 | 年 月間 | (備考) | 従事日数(合計) | 日間 |
| | | | | <input type="checkbox"/> 900日間以上 |

受験案内27ページ⑥に該当する場合のみ選択可

| 内 訳 | 施設・事業所名 | | 施設・事業所の種別 | 実務経験コード | |
|---------|-----------------------|-----------|-----------|-----------------------|------|
| | 古 | 職 名 | 実務経験期間 | 昭 令 年 月 日 ~ 昭 令 年 月 日 | 年 月間 |
| ↑ | 施設・事業所名 | 施設・事業所の種別 | | | |
| | 職 名 | 実務経験コード | □ □ □ | | |
| ↓ | 施設・事業所名 | 施設・事業所の種別 | | | |
| | 職 名 | 実務経験コード | □ □ □ | | |
| 新しい | 施設・事業所名 | 施設・事業所の種別 | | | |
| | 職 名 | 実務経験コード | □ □ □ | | |
| 施設・事業所名 | 施設・事業所の種別 | | | | |
| 職 名 | 実務経験コード | □ □ □ | | | |
| 業務内容 | | | | | |
| 実務経験期間 | 昭 令 年 月 日 ~ 昭 令 年 月 日 | 年 月間 | 従事日数 | 日間 | |

- (注) 1 「証明者」は法人・施設・事業所・機関・団体等の証明権限を持つ方とします。
 同一法人の経営する複数事務所での実務経験を証明する場合は、証明者は法人本部の証明権限を有する方とします。
 なお、職印は証明権者の職名がわかる印鑑を使用してください。
 また、内容についてお問い合わせする場合がありますので、実際の作成者の氏名・連絡先を必ず記入してください。
- 2 証明内容を訂正した場合は、——— で訂正し、訂正印(証明権者の職印)を押印してください。
 なお、修正液による訂正は認められません。
- 3 介護保険法(平成9年法律第123号)第69条の39第1項2号により、不正の手段により登録を受けた場合は、当該登録が削除される旨定められていますので、注意してください。
- 4 内訳欄が足りない場合は、必要分をコピーしてご使用ください。その場合も全ての書類に職印等が必要です。

○記入にあたっては、受験案内26~27ページの「実務経験証明書の記入方法」をご確認ください。ご不明な点は介護支援専門員試験本部(TEL026-226-2000)までご照会ください。

○記入漏れや記入内容に不備・不明な箇所がある場合は、内容を確認させていただき、必要に応じ書類の追加・再提出を依頼する場合があります。

○この用紙はコピーしてお使いください

※「記入方法」及び「コード表」は長野県社会福祉協議会HP(<http://www.nsyakyo.or.jp/>)にも掲載しています。