

# 令和2年度 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 2 年 月 日
区分	確定済 ・ 見込

法人・施設・事業所等	所在地 名称	職印
	証明者職・氏名	
	ふりがな	
電話番号	( )	
証明書作成者 職・氏名	印	内線 ( )

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

古い ↑ 新しい	内 訳		<input type="checkbox"/> 900日間以上			
	施設・事業所名	施設・事業所のサービス区分、種別				
	介護保険・障害福祉サービス事業所番号	A 施設等開始年月日 (事業開始年月日)		昭令 平	年 月 日	
	職 種 名	B 左記職種の業務開始年月日		昭令 平	年 月 日	
	国家資格等	C 資格取得・登録年月日		昭令 平	年 月 日	
	業 務 内 容	<input type="checkbox"/> 国家資格等に基づく直接対人援助業務 (実務経験コードA01~A21) <input type="checkbox"/> 相談援助業務 (実務経験コードB01~B09)		実務経験コード	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	
	※実務経験期間の開始はA③Cのいずれか証明日に最も近い日をご記入ください。					
	実務経験期間	昭令 平	年 月 日 ~ 昭令 平	年 月間	従事日数	日間
	施設・事業所名	施設・事業所のサービス区分、種別				
	介護保険・障害福祉サービス事業所番号	A 施設等開始年月日 (事業開始年月日)		昭令 平	年 月 日	
職 種 名	B 左記職種の業務開始年月日		昭令 平	年 月 日		
国家資格等	C 資格取得・登録年月日		昭令 平	年 月 日		
業 務 内 容	<input type="checkbox"/> 国家資格等に基づく直接対人援助業務 (実務経験コードA01~A21) <input type="checkbox"/> 相談援助業務 (実務経験コードB01~B09)		実務経験コード	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>		
※実務経験期間の開始はA③Cのいずれか証明日に最も近い日をご記入ください。						
実務経験期間	昭令 平	年 月 日 ~ 昭令 平	年 月間	従事日数	日間	

- (注)
- 各欄の記入にあたっては、令和2年度受験案内「実務経験証明書の記入方法」(P26~27)、「コード表」(P9~11)、「申込に関するQ&A」(P47)を参照にしてください。本会HPにも掲載しています。  
ご不明な点は介護支援専門員実務研修受講試験本部 (TEL026-226-2000) までご照会ください。
  - 「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業所での証明をする場合は、証明者は法人本部の証明権限を有する方とします。なお、職印は証明者の職名が分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。
  - 証明内容を訂正した場合は、      で訂正し、訂正印(証明権者の職員)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。
  - 業務については、要援護者に対する直積的な対人援助業務が、当該資格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。国家資格等を有していても、要援護者に対する直積的な対人援助業務でない教育、研究、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：社会福祉士が行う介護業務(介護職員)、訪問介護員の生活援助のみのサービス提供、栄養士が行う献立作成と調理 等)
  - 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。
  - 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。
  - 不正の手段によって当該試験を受けた、又は受けようとした場合、合格決定を取り消し、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60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1項4号)。