

様式 5

平成 30 年度 在 職 証 明 書

証 明 日	平成 30 年 月 日
-------------	-------------

社会福祉法人長野県社会福祉協議会会長様

法 人 ・ 施 設 ・ 事 業 所 等	所在地住所 名称 証明者職・氏名	職印	
	証明書作成者 職・氏名	職名 氏名	電話番号 (- -)

次の者については当法人（又は施設、事業所等）に、在職していることを証明します。

氏 名		生年月日	昭和・平成 年 月 日
住 所			

施設・事業所名		施設・事業所 種別	
職 名		実務経験 コード	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
業 務 内 容			

(注)

- 「証明者」は、法人・施設・事業所・機関等の証明権限を持つ方とします。(代表者・管理者・事務局長など)
なお、職印は証明者の職名がわかる印鑑を使用してください。
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（証明権者の職印）を押印してください。
- 次の事項をご確認の上、作成してください。
 - ①「施設・事業所の種別」は、【特別養護老人ホーム】【訪問介護事業所】等の施設の種別、事業の種類を記入してください。
 - ②「職名」記入例 【看護師】【介護福祉士】【生活支援員】等
 - ③「業務内容」は受験申込者の本来業務について、【老人デーサービス事業における介護業務】等具体的に記入してください。
 - ④実務経験コードは、別表A～B（9～11 ページ）を参照してください。

○受験案内 28 ページに「在職証明書の記入方法」を掲載しています。なお、ご不明な点は介護支援専門員試験本部（電話 026-226-2000）までご照会ください。

○上記の者に係る「実務経験証明書」を別途作成している場合で、その実務経験証明書により、申込開始日（平成 30 年 6 月 1 日）以降の日までの在職が確認できる場合、本書の作成は不要です。