

（証明者の方へ）

この書類は、受験申込者が受験資格に係る業務に、現在 **長野県内で従事している** ことを確認するために提出していただくものです。次の事項をご確認の上作成してください。

- ・現在勤務している事業所等が **様式3** 実務経験証明書を作成する場合
⇒実務経験期間の終了日が6月1日以降の場合、本書の提出は省略することが出来ます。（P5②参照）
- ・受験希望者が、H30年以降に長野県で受験票の交付を受けた者で、**様式4** 実務経験証明書受理済申出書を提出する場合
⇒本書の提出は省略できません。（P5②参照）

①	代表印	証明者の公印（代表印）を使用してください。
②	代表者	役職名は代表者・理事長・管理者・事務局長など。
③	証明者・氏名・電話番号	内容についてお問合せする場合がありますので、実際に本書を作成した方のご連絡先を記入してください。 受験申込者本人が証明することはできません。
④	施設・事業所のサービス区分、種別	施設のサービス区分、事業所の種別を記入してください。 (例) 定期巡回・随時対応型訪問介護看護、看護小規模多機能型居宅介護（複合型サービス）、認知症対応型通所介護、介護医療院、居宅介護支援、外部サービス利用型特定施設入居者生活介護（有料老人ホームサービス付高齢者向け住宅）等
⑤	介護保険・障害福祉サービス事業所番号	10桁の番号を記入してください。病院・医院・市町村役場・市町村社協等は記入不要です。
⑥	職種名・国家資格等	別紙A～B（P9～10）を参照してください。 (例) 別紙A：社会福祉士 別紙B：支援相談員、相談支援専門員、主任相談支援員 等
⑦	実務経験コード	別紙A～B（P9～10）を参照してください。
⑧	業務内容	受験申込者の本来業務として、必ずどちらかに ☒ してください。

様式 5

令和4年度 長野県介護支援専門員実務研修受講試験

在 職 証 明 書

証明
日

令和 4 年 6 月 8 日

社会福祉法人長野県社会福祉協議会 会長様

法人・施設・事業所名称	社会福祉法人〇〇会		代表印 の理〇 印事〇 長会
所在地	〒389 - 0000 大町市〇〇町△△号		
代表者	役職名 理事長	氏 名 大町 福子	
証明書作成者	所属・役職名 事務長	氏 名 小谷 恵子	③
電話番号	0261 - 〇〇 - 〇〇〇〇 内線 (1234)		④

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	福祉 町子	生年月日	昭 平 15年 2 月 1 日
施設・事業所名	特別養護老人ホーム〇〇	施設・事業所のサービス区分、種別	地域密着型 介護老人福祉施設
介護保険・障害福祉サービス事業所番号 (病院・医院・市町村役場は記入不要です)	2 0 7 1 2 3 4 5 6 7	※本会使用、記入不要	昭 令 年 月 日 平
職種名 国家資格等	⑥ 介護福祉士	実務経験コード	A 2 0
業 務 内 容	☒ 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） ☐ 相談援助業務（実務経験コードB01～B09）		

(注)