

## （証明者の方へ）

この書類は、受験希望者が、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うえ作成してください。

なお、現在勤務している施設等が発行した「実務経験証明書」を提出する場合、その「実務経験証明書」により申込開始日（6月1日）以降の日までの在職が確認できる場合、本書の提出は省略することができます。

記入にあたっては、以下の事項にご留意ください。

## ① 施設・事業所のサービス区分、種別

介護老人福祉施設、訪問介護事業所等の施設のサービス区分、事業の種別を記入してください。

## ② 介護保険・障害福祉サービス事業所番号、施設・事業所指定日（又は開始日）

介護保険法、障害者総合支援法に基づく事業所の場合は、10桁の番号を記入してください。病院、医院、市町村役場は記入不要です。

## ③ 職種名・国家資格等 別紙A～B（P9～11）を参照にし、記入してください。

## ④ 実務経験コード 別紙A～B（P9～11）を参照してください。

## ⑤ 業務内容 受験申込者の本来業務について、必ずどちらかに☑をしてください。

## 様式 5

## 令和3年度 在職証明書

証明日	令和3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 ふりがな（おたり けいこ） 小谷 恵子	（印）
電話番号	0261-〇〇-〇〇〇〇		内線（1234）

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 <sup>平</sup> 15年2月1日
----	-------	------	------------------------

施設・事業所名	特別養護老人ホーム〇〇 ①	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
② 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	施設等の指定日（又は開始日）	昭 <sup>平</sup> 20年3月20日
③ 職種名 国家資格等	介護福祉士 ④	④ 実務経験コード	A 2 0
⑤ 業務内容	<input checked="" 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）		

（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、代表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。