

## （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5月25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・事業所の種別          | 施設、事業所の種別を記入してください。<br>(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、認知症対応型通所介護、介護医療院、居宅介護支援、特定施設入居者生活介護 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。（医療施設・行政機関は記入不要です。）                                                             |
| ⑥ | 事業所指定日             | 県・市町村の指定を受けた日（医療施設・行政機関は記入不要です。）                                                                |
| ⑦ | 職種名                | 勤務先における職種名を記入してください。                                                                            |
| ⑧ | 国家資格等              | 別紙A～B（P9～11）を参照してください。<br>(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                             |
| ⑨ | 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。                                                                   |
| ⑩ | 実務経験コード            | 別紙A～B（P9～11）を参照してください。                                                                          |

## 様式 5

和5年度 長野県介護支援専門員実務研修受講試験

証明  
日

令和5年 6月 8日

## 在 職 証 明 書

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 ○○会             |                        |                                                                                                                             | <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; text-align: center;">             代表印<br/>             の理○<br/>             印事○<br/>             長会           </div> |
| 所在地         | 〒 389 - 0000 大町市○○町△△号 |                        |                                                                                                                             |                                                                                                                                                                         |
| 代表者         | 役職名                    | 氏 名                    |                                                                                                                             |                                                                                                                                                                         |
|             | 理事長                    | 大町 福子                  |                                                                                                                             |                                                                                                                                                                         |
| 証明書作成者      | 所属・役職名                 | 氏 名                    |                                                                                                                             |                                                                                                                                                                         |
|             | 事務長                    | ふりがな（おたり けいこ）<br>小谷 恵子 | <div style="border: 1px solid black; border-radius: 50%; padding: 5px; text-align: center;">             印           </div> |                                                                                                                                                                         |
| 電話番号        | 0261 - ○○ - ○○○○       |                        |                                                                                                                             | （内線 1234）                                                                                                                                                               |

下記の者は当法人（又は施設・事業所）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○○                                                         | 施設・事業所の種別                                           | <input checked="" type="checkbox"/> 地域密着型 <input type="checkbox"/> 認知症対応型<br>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<br>(医療施設・行政機関は記入不要) | 2 0 7 1 2 3 4 5 6                                                   | 事業所指定日<br>(医療施設・行政機関は記入不要)                          | 昭 令<br>平 26年 4月 1日                                                                    |
| 職 種 名                                  | 生活相談員 兼 介護職員                                                        | 国家資格等                                               | 介護福祉士                                                                                 |
| 業務内容                                   | <input checked="" type="checkbox"/> 国家資格等に基づく業務<br>(実務経験コードA01～A21) | <input type="checkbox"/> 相談援助業務<br>(実務経験コードB01～B09) | 実務経験<br>コード<br>(P9～11参照)<br>A 2 0                                                     |

## 在 職 証 明 書

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 |        |     | 代表印           |
| 所在地         | 〒      |     |               |
| 代表者         | 役職名    | 氏 名 |               |
|             |        |     |               |
| 証明書作成者      | 所属・役職名 | 氏 名 | ふりがな ( )<br>印 |
|             |        |     |               |
| 電話番号        | - -    |     | (内線 )         |

下記の者は当法人（又は施設・事業所）に、在職していることを証明します。

|     |  |      |           |
|-----|--|------|-----------|
| 氏 名 |  | 生年月日 | 昭・平 年 月 日 |
|-----|--|------|-----------|

|                                        |                                                          |                                                     |                                                                |
|----------------------------------------|----------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------|
| 施設・事業所名                                |                                                          | 施設・事業所の種別                                           | <input type="checkbox"/> 地域密着型 <input type="checkbox"/> 認知症対応型 |
| 介護保険・障害福祉サービス事業所番号<br>(医療施設・行政機関は記入不要) |                                                          | 事業所指定日<br>(医療施設・行政機関は記入不要)                          | 昭 令<br>平 年 月 日                                                 |
| 職 種 名                                  |                                                          |                                                     | 国家資格等                                                          |
| 業務内容<br>(必ず該当業務の□のどちらかに✓をしてください)       | <input type="checkbox"/> 国家資格等に基づく業務<br>(実務経験コードA01～A21) | <input type="checkbox"/> 相談援助業務<br>(実務経験コードB01～B09) | 実務経験<br>コード<br>(P9～11参照)                                       |

(注)

- 「代表者」は、法人・施設・事業所・機関等の証明権限を持つ方とします。(理事長・管理者・事務局長・市町村長・院長など) 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（代表印）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。
  - 施設・事業所の種別** 例：介護老人福祉施設・地域密着型通所介護・医療施設・行政機関 等
  - 介護保険・障害福祉サービス事業所番号・指定日**  
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桁の番号と指定日を記入してください。  
医療施設・行政機関は記入不要です。
  - 職種名** 勤務先における職種名を記入してください。
  - 国家資格等** 別紙A～B（P9～11）を参照に記入してください。
  - 業務内容** 申込者の本来業務として、必ずどちらかに✓をしてください。
  - 実務経験コード** 別紙A～B（P9～11）を参照に記入してください。

○P28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。

○現在勤務している事業所・施設等が証明した「実務経験証明書」  
を提出する場合で、実務経験期間の終了日が令和5年5月25日  
以降の場合は、「在職証明書」の省略が可能です。