

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 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 () 印
電話番号	-	-	内線 ()

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・平 年 月 日
-----	--	------	-----------

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 (病院・医院・市町村役場は記入不要です)		※本会使用、記入不要	昭 令 年 月 日 平
職種名 国家資格等		実務経験コード	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
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）		

(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・事業のサービス区分、事業の種別を記入してください。
 - 介護保険・障害福祉サービス事業所番号**
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。
 - 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。
 - 実務経験コード** 別紙A～B（P9～11）を参照してください。
 - 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）必ずどちらかにをしてください。

OP28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4年6月1日
以降の場合は、「在職証明書」の省略が可能です。