

平成30年度 実務経験証明書

証明日	平成 年 月 日
区分	確定済 ・ 見込

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 名称 証明者職・氏名	電話番号 (- -)	職印
	証明書作成者 職・氏名		

下記の者の実務経験は、以下のとおりであることを証明します。

氏名	生年月日	昭和・平成 年 月 日
住所		

通算実務経験期間	年 月 間	(備考)	従事日数(合計)	日間
				<input type="checkbox"/> 900日間以上 <small>受験案内27ページ⑤に該当する場合のみ選択可</small>

内 訳	施設・事業所名		施設・事業所の種別	
	旧	職名	実務経験コード	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
業務内容				
実務経験期間		昭和平成 年 月 日 ~ 昭和平成 年 月 日	年 月 間	従事日数 日間
施設・事業所名		施設・事業所の種別		
↑ ↓ 新しい	職名	実務経験コード	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	
	業務内容			
	実務経験期間	昭和平成 年 月 日 ~ 昭和平成 年 月 日	年 月 間	従事日数 日間
	施設・事業所名	施設・事業所の種別		
	職名	実務経験コード	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	
	業務内容			
	実務経験期間	昭和平成 年 月 日 ~ 昭和平成 年 月 日	年 月 間	従事日数 日間
	施設・事業所名	施設・事業所の種別		

- (注) 1 「証明者」は法人・施設・事業所・機関・団体等の証明権限を持つ方とします。
 同一法人の経営する複数事務所での実務経験を証明する場合は、証明者は法人本部の証明権限を有する方とします。
 なお、職印は証明権者の職名がわかる印鑑を使用してください。
 また、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。
- 2 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。
 なお、修正液による訂正は認められません。
- 3 介護保険法(平成9年法律第123号)第69条の39第1項2号により、不正の手段により登録を受けた場合は、当該登録が削除される旨定められていますので、注意してください。
- 4 内訳欄が足りない場合は、必要分をコピーしてご使用ください。その場合も全ての書類に職印等が必要です。

○記入にあたっては、受験案内26~27ページの「実務経験証明書の記入方法」をご確認ください。ご不明な点は介護支援専門員試験本部(TEL026-226-2000)までご照会ください。

○記入漏れや記入内容に不備・不明な箇所がある場合は、内容を確認させていただき、必要に応じ書類の追加・再提出を依頼する場合があります。

○この用紙はコピーしてお使いください

※「記入方法」及び「コード表」は長野県社会福祉協議会HP(<http://www.nsyakyo.or.jp/>)にも掲載しています。