

様式 3

令和4年度 長野県介護支援専門員実務研修受講試験  
実務経験証明書

証明日

令和 4 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

※見込の場合は確定し次第、再度提出してください。

|             |                           |                    |  |
|-------------|---------------------------|--------------------|--|
| 法人・施設・事業所名称 |                           | 代表印                |  |
| 所在地         | 〒      -                  |                    |  |
| 代表者         | 役職名                       |                    |  |
|             |                           |                    |  |
| 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 |                                  |
| 通算実務経験期間 | 年      月間 | 備考 | 従事日数 | 日間                         | <input type="checkbox"/> 900日間以上 |

|                                          |  |                                                                                                                                                                                                |  |                               |                                     |
|------------------------------------------|--|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|-------------------------------|-------------------------------------|
| 施設・事業所名                                  |  | 施設・事業所の種別                                                                                                                                                                                      |  |                               |                                     |
| 介護保険・障害福祉サービス事業所番号<br>(病院・医院・市町村役場は記入不要) |  | ※本会使用、記入不要。                                                                                                                                                                                    |  | 昭 令<br>平      年      月      日 | <input type="checkbox"/>            |
| 職 種 名                                    |  | ア 左記職種の業務開始日                                                                                                                                                                                   |  | 昭 令<br>平      年      月      日 | <input type="checkbox"/>            |
| 国家資格等                                    |  | イ 資格取得・登録日                                                                                                                                                                                     |  | 昭 令<br>平      年      月      日 | <input type="checkbox"/>            |
| 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)<br><input type="checkbox"/> 相談援助業務 (実務経験コード B01～B09)                                                                              |  | 実務経験<br>コード                   | <div></div> <div></div> <div></div> |
| 実務経験期間                                   |  | ※実務経験期間の開始日は、上記ア・イのどちらか新しい日付を記入。<br>※終了日が令和4年6月1日以降の場合、在職証明書の省略が可能。<br>(開始日) ア ・ イ (終了日)<br>昭 令      年      月      日 ～ 昭 令      年      月      日<br>平      年      月      日      年      月      日 |  |                               |                                     |

|                                          |  |                                                                                                                                                                                                |  |                               |                                     |
|------------------------------------------|--|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|-------------------------------|-------------------------------------|
| 施設・事業所名                                  |  | 施設・事業所の種別                                                                                                                                                                                      |  |                               |                                     |
| 介護保険・障害福祉サービス事業所番号<br>(病院・医院・市町村役場は記入不要) |  | ※本会使用、記入不要。                                                                                                                                                                                    |  | 昭 令<br>平      年      月      日 | <input type="checkbox"/>            |
| 職 種 名                                    |  | ア 左記職種の業務開始日                                                                                                                                                                                   |  | 昭 令<br>平      年      月      日 | <input type="checkbox"/>            |
| 国家資格等                                    |  | イ 資格取得・登録日                                                                                                                                                                                     |  | 昭 令<br>平      年      月      日 | <input type="checkbox"/>            |
| 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)<br><input type="checkbox"/> 相談援助業務 (実務経験コード B01～B09)                                                                              |  | 実務経験<br>コード                   | <div></div> <div></div> <div></div> |
| 実務経験期間                                   |  | ※実務経験期間の開始日は、上記ア・イのどちらか新しい日付を記入。<br>※終了日が令和4年6月1日以降の場合、在職証明書の省略が可能。<br>(開始日) ア ・ イ (終了日)<br>昭 令      年      月      日 ～ 昭 令      年      月      日<br>平      年      月      日      年      月      日 |  |                               |                                     |

(注) 1 各欄の記入にあたっては、令和4年度受験案内「実務経験証明書の記入方法」(P26～27)「コード表」(P29)「申込に関するQ&A」(P47～49)「実務経験算定の具体例」(P50)を参照にしてください。本会HP「ふれあいネット信州」にも掲載しています。  
ご不明な点は介護支援専門員実務研修受講試験本部 (TEL026-226-2000) までご照会ください。

2 「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業所での証明をする場合は、証明者は法人本部の証明権限を有する方とします。なお、職印は証明者の職名が分かる印鑑(代表印)を使用してください。  
証明内容を訂正した場合は ―― で訂正し、訂正印(代表者印)を押印してください。なお、修正テープによる訂正は認められません。

3 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。

4 業務については、要援護者に対する直積的な対人援助業務が、当該資格の本来業務として明確に位置づけられていることが必要です。国家資格等を有していても、要援護者に対する直積的な対人援助業務でない教育、研究、営業、事務等を行っている期間は実務経験には含まれません。

5 不正の手段によって当該試験を受けた、又は受けようとした場合、合格決定を取り消し、又は受験することを禁止することがあります。  
(介護保険法第60条の31) 又、上記により合格を取り消された場合介護支援専門員の登録は取り消されます(同法第69条の6第1項第4号)。