

（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24日以降の場合、申込現在勤務地が長野県内と確認できるため、本書の提出は省略してください。（P6参照）
- ・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。（P6イ参照）

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・FAX	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。 <u>受験申込者本人が証明することはできません。</u>
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。 （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	職種名	勤務先における職種名を記入してください。
⑦	国家資格等	別紙A～B（P9～11）を参照してください。 （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
⑧	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。
⑨	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6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6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		① 代表印 の理○ 印事○ 長会
所在地	〒 389 - 1234 大町市○○町78		
② 代表者	役職名	氏 名	③ 証明書作成者
	理事長	大町 福子	
所属・役職名		氏 名	④ 施設・事業所の種別
事務長		ふりがな（ おたり けいこ ） 小谷 恵子	
電話番号	0261 - 23 - 4567	FAX	1261 - 23 - 6789

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○○	④ 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 介護老人福祉施設
⑤ 介護保険・障害福祉サービス事業所番号 （医療施設・行政機関は記入不要）	2 0 8 1 2 3 4 5 6 7	※本会使用	S・H・R 年 月 日
⑥ 職 種 名	生活相談員 兼 介護職員	⑦ 国家資格等	介護福祉士
⑧ 業務内容	<input checked="" type="checkbox"/> 国家資格等に基づく業務 （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）	⑨ 実務経験コード （P9～11参照） 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 () 印	
電話番号	-	-	FAX	-

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 (医療施設・行政機関は記入不要)		※本会使用	S・H・R 年 月 日
職 種 名		国家資格等	
業務内容 (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 (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)	実務経験コード (P9～11参照)
			実務経験コード <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 

(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**
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。
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6年5月24日以降の場合、申込現在勤務地が長野県内と確認できるため、「在職証明書」は省略。