

(様式3・第21回和歌山県介護支援専門員実務研修受講試験用)

※複数必要な場合は、コピーして使用ください。

実務経験（見込）証明書

証明日：平成30年 月 日

和歌山県社会福祉協議会 会長 様

施設又は事業所の所在地及び名称

所在地 〒

名称

代表者氏名

公印

担当者氏名	
連絡先電話番号	()

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。

ふりがな		生年月日	昭和・平成
受験者氏名			年 月 日生
施設 又は 事業 所	名称	（※同一法人等であっても勤務先施設・事業所が複数ある場合は、施設毎に証明書を発行してください）	
	種別		
	所在地		
	勤務状況 <small>（※該当区分に✓印を記入してください）</small>	<input type="checkbox"/> 在職中（休業中を含む）	<input type="checkbox"/> 退職
直接対人援助業務 従事期間	平成 年 月 日～平成 年 月 日 (年 ヶ月)		
上記のうち業務に 従事した日数	日 (※休日・休暇・退職などで直接対人援助業務に従事しなかった日を除いた日数を記入してください)		
職種名 <small>（別表1, 2の職種名より記入してください。）</small>		コードNo	
業務内容 <small>（該当業務の□に✓印を記入してください。）</small>	要介護者に対する直接的な対人援助である、 <input type="checkbox"/> 国家資格に基づく業務 <input type="checkbox"/> 相談援助に係る業務		

【注意事項】 「実務経験証明書」の記入に際しては、「受験の手引き」（P36～43）の記入例を参照願います。

- 証明権限を有する者が作成してください。受験申込者（個人開業等は除く）が自書したものの、記入漏れ及び修正液による訂正は無効となります。
- 訂正印は、必ず「証明者の公印」を使用してください。（受験申込者や記入者の印で訂正したものは認められません）
- 黒のボールペン（消えるボールペン不可）で楷書かつ正確に記入してください。
- 記入もれ等、内容が不十分な場合は再提出をお願いすることがあります。

実務経験証明書について、虚偽の内容を記載した場合は、介護保険法（平成9年法律第123号）第69条の39第1項第2号により不正の手段により登録を受けた場合は、介護支援専門員の登録を消除する旨の規定が定められていますので、ご注意ください。また、このような場合、証明権限を有する代表者の方には、その顛末（てんまつ）を報告していただくとともに、その責任を問われる場合がありますので御留意願います。