

実務経験証明書

(令和5年度広島県介護支援専門員実務研修受講試験)

受験申込者自書無効

すべて証明者が記入してください

社会福祉法人 広島県社会福祉協議会会長 様

証明年月日 令和 5 年 月 日

証明者の所在地

証明者の名称

代表者名 印

(証明書の問合せ先：
担当者名
連絡先電話番号)

次のとおり下記の者の介護支援専門員実務研修受講試験に係る実務経験を証明します。

見込期間なし ・ 見込期間あり ・ 見込期間満了 ※いずれかに○印をしてください。

受験申込者 (旧姓)		()	生 年 月 日 昭和 年 月 日生 平成	
施設 又は 事業所	名 称	※同一団体等であっても勤務先施設・事業所が複数ある場合は、施設等ごとに証明書を発行してください		
	所 在 地	〒 - ※本部・本社の所在地ではなく、勤務先施設・事業所の所在地を記入してください		
	種別又は事業名			
法定資格 (別表1)		職 種 名	※通称ではなく、人員配置基準に基づく公的な名称を記入してください	
業 務 内 容 (該当業務の□に✓を記入)	<input type="checkbox"/> 法定資格に基づく直接対人援助業務 (※別表1の実務経験コード1001~1021) <input type="checkbox"/> 相談援助業務 (※別表2の実務経験コード2001~2009)			
上記業務の 従 事 期 間	昭和 平成 令和 年 月 日 ~ 昭和 平成 令和 年 月 日 (年 月) ※1か月未満切捨て ※別表1に基づく業務の場合、業務の開始年月日は必ず 法定資格の登録日以降 としてください ※病気休暇や育児休暇等の 長期休職期間 は従事期間の計から 減算 してください			
上記従事期間の 業務に従事した実日数	日 ※休日、休暇、研修、休職等、該当業務に 従事しなかった日は除いてください			

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留意してください。

- 次の証明書は**無効**となります。
 - 受験申込者が自書したもの**
 - 証明者印のないもの
 - 証明内容の記入もれ又は内容が不明なもの
 - 訂正印のないもの
 - 修正テープ等の使用による修正のあるもの
- 証明書の内容に不明な事項がある場合は、当該証明書の担当者に内容の照会、確認を行うことがあります。

(この証明書に記載されている個人情報については、この試験の運営管理のみに使用し、保管期限終了後は適正な方法で破棄します。)