

実 務 経 験 証 明 書

(令和 7 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 7 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 ※いずれかに〇印をしてください。

受 験 申 込 者		生 年 月 日	
		昭和 平成	年 月 日生
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	〒 ー ※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 (該当業務に✓を記入)		☐ 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) ☐ 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 年 月 日 ~ 昭和 平成 年 月 日 計(年 月) 令和 令和 ※1 か月未満切捨て ※別表 1 に基づく業務の場合、証明する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 ※病欠休暇や介護休暇、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 従事した実日数		日 ※休日、年次休暇、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。

この証明書に記載の個人情報は、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。

