

受験申込者自書無効
すべて証明者が記入してください

令和4年度 大分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 年 月 日
証明区分	確定した証明 / 見込による証明

下記証明の実務経験期間が証明日以降の期間を含む場合は「見込」となります。

社会福祉法人 大分県社会福祉協議会 会長 殿

法人・施設・事業所等	所在地 (法人等団体名) 施設又は事業所名 代表者職・氏名	公印	
	記入担当者 職・氏名	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。

フリガナ		生年月日
受験者氏名		昭和 年 月 日生 平成

施設・事業所等	名称	事業所種別
	所在地 *本部所在地ではなく、勤務先事業所の所在地を記入してください	

職種名	法定 資格名	資格登録日	年 月 日
-----	-----------	-------	-------

業務内容	
------	--

実務経験期間	昭和 年 月 日から 昭和 年 月 日まで 平成 年 月 日から 平成 年 月 日まで 令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで → 資格登録日以降	年 月 日	従事日数
	実務経験期間のうち病休・育休等休職期間 年 月 日から 年 月 日まで		日間 休日、休暇、休職等で業務に従事しなかった日を除く

備考欄	
-----	--

注意事項

- ・証明権限を有する代表者による押印がないものは無効となります。
- ・訂正箇所にも代表者印を押印してください。(担当者印、本人印は無効)
- ・受験申込者が自書した場合、本証明書は無効となります。
- ・見込による実務経験証明書を提出する受験者は、受験案内記載の締切日までに改めて確定した証明書を提出してください。
- ・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削除する旨の規定が定められています。