

複数枚必要の時は、コピーしてご使用ください。

受験申込者自書無効  
すべて証明者が記入してください。

受験案内 P17～P19 を参照の上、ご記入ください。

令和5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

証 明 者	所在地			
	法人名等			
	施設・事業所名			
	代表者役職・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・平成	年 月 日	
施設・事業所名		事業所種別		
所在地	本部ではなく、施設・事業所の所在地			
受験者 業務内容		職種		
法定資格		資格登録日	昭和・平成・令和	年 月 日
実務経験期間	資格登録日以降を記入 昭和・平成・令和	昭和・平成・令和	年 月 日	休職期間を除いた期間 年 月 日
	上記期間のうち病休・育休等休職期間 昭和・平成・令和	昭和・平成・令和	年 月 日	
従事日数	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				

〈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。