

この様式は、大分県社会福祉介護研修センターのホームページからダウンロードできます。または、この様式をコピーして使用してください。
記載にあたっては、受験案内 P16 ～ 20 を確認し、必要事項を漏れなくご記入ください。

令和7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

受験申込者自書無効
すべて証明者が記入してください。

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	

証明区分はどちらか□に✓を記入してください。
下記証明の業務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			
	記入担当者 職・氏名		電話番号	()

公印

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			
法定資格等			資格登録日	昭和・平成・令和 年 月 日
職 種	※各職場の通称ではなく、各法令等の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 (✓を記入)	要援護者に対する直接的な対人援助である、 ☐ 心身の状況に応じた介護業務 ☐ 相談援助に係る業務 ☐ 看護、准看護に係る業務 ☐ 診療等に係る業務 ☐ 機能訓練に係る業務 ☐ 施術等に係る業務 ☐ その他の業務（具体的に：) ※研究業務や事務業務等、直接的な対人援助でない業務は含まれません。			
業 務 期 間	資格登録日以降の業務期間を記入してください。 昭和・平成・令和 年 月 日 ～ 昭和・平成・令和 年 月 日〔 年 か月 日〕			休職期間を除いた業務期間 年 か月 日
	上記期間のうち病休・育休等の休職期間を記入してください。 昭和・平成・令和 年 月 日 ～ 昭和・平成・令和 年 月 日〔 年 か月 日〕			
業務従事日数	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。