

※ 実務経験（見込）証明書の作成を依頼する際は、試験案内を提示する他、この記入要領もコピーして証明権者に提出のうえ、交付を受けてください。

「『実務経験（見込）証明書』を作成される方へ」

第14回試験実務経験（見込）証明書記入要領等

- 1 実務経験証明書は、介護支援専門員実務研修受講試験の受験資格の有無を証する重要なものです。虚偽又は不正の事実に基づいて登録を受けた者は、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るので留意してください。
- 2 受験申込者（個人開業者を除く。）が自署したもの、証明権限を有する者（長）の印（職印）のないもの、訂正事項について証明権限を有する者の訂正印（職印）のないもの、修正液等の使用による訂正等は証明書としては無効となります。
- 3 施設又は事業所等勤務先等の変更があった場合は、それぞれの実務経験証明書が必要です。
- 4 証明権限を有する者がこの実務経験証明書を作成する際は、試験案内や以下に注意し作成してください。
 - ① 実務経験（見込）証明書の発行日は、必ず記入してください。
 - ② 「公印」は、「職印」を使用してください。
 - ③ 「施設又は事業所の名称（法人名は記載不可）」「施設又は事業所の所在地」欄は、勤務時の内容で記入してください。
 - ④ 「施設又は事業所の名称（法人名は記載不可）」欄は法人名ではなく、受験申込者が勤務した施設名等を記入してください。
 - ⑤ 「直接対人援助業務期間」欄は、受験申込者が要援護者に対する直接的な援助を行っていた期間を記入してください。（育児休業期間及び療養休業期間は除く。）また、業務期間の最終日は、在職中の場合は証明日と一致させてください。ただし、実務経験見込証明書の場合は、試験の前日まで見込みで記入することができます。なお、業務期間が1ヶ月に満たない場合は、切り捨ててください。

※ 法定資格に基づく業務は、当該免許等の登録年月日以降の業務期間を記入してください。
 - ⑥ 「うち業務に従事した日数」欄は、業務期間内において実際に相談・介護等の業務に従事した日数を記入し、休日、休暇、病気、出張、研修等で業務に従事しなかった日数は除いてください。なお、一日の勤務時間が短い者の場合についても1日勤務したものとみなします。また、「約900日」、「概算900日」といった、あいまいな記載のものは受理しません。
 - ⑦ 「業務内容」欄は、受験申込者の具体的な本来業務（「生活相談員」、「医療社会事業に従事する者」等）を記入してください。なお、その業務は、要援護者に対する直接的な援助が、受験申込者の本来業務として明確に位置づけられていることを必要とします。
 - ⑧ 対象となる介護業務は、身体介助であり、生活援助は含まれません。
 - ⑨ 「事業・施設の種別」欄は、介護保険法に基づく事業（指定居宅サービス事業・指定居宅介護支援事業、地域密着型サービス等）の業務を行っている者を証明する場合は、「介護保険事業所番号」「指定年月日」を記入してください。
 - ⑩ 「担当者所属」、「担当者氏名」欄についても、必ず記入してください。（業務内容等、別途お問い合わせすることがあります。）

※印刷して使用してください。

第14回試験実務経験(見込)証明書

平成 年 月 日

社会福祉法人

愛知県社会福祉協議会会長様

法人、施設又は事業所
の所在地
法人、施設又は事業所の名称
電話番号
FAX番号
代表者職・氏名

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。

氏名	昭和 年 月 日生 平成	
※以下の左側、右側の両方に記載できる場合は、同一施設又は事業所の場合あるいは右上の証明者が法人等の場合に限ります。		
施設又は事業所の名称(法人名は記載不可)		
施設又は事業所の所在地	〒 ー	〒 ー
直接対人援助業務期間	年 月 日～ 年 月 日	年 月 日～ 年 月 日
	年 カ月	年 カ月
うち業務に従事した日数	日	日
業務内容		
事業・施設の種別	介護保険法に基づく事業(指定居宅サービス事業等)の場合は下記も記入してください。	
	【介護保険事業所番号】	【介護保険事業所番号】
	【指定年月日】	【指定年月日】

(注)1 見込証明でない場合は、表題の(見込)を二重線で消すこと。

2 「氏名」欄の氏名が願書の氏名と異なる場合(旧姓等)、新旧氏名のいずれもが確認できる戸籍抄本等を添付すること。

3 「直接対人援助業務期間」欄は、実務経験被証明者が要援護者に対する対人の直接的な援助を行っていた期間を記入すること。

4 「業務内容」欄は、実務経験被証明者の本来業務について、具体的に医師、生活指導員、介護職員等と記入すること。
なお「作業指導員業務」や「看護補助」、「看護助手」自体は対象業務には含まませんので、「業務内容」欄には記入しないでください。

5 障害者施設において、障害者自立支援法の施行により平成18年10月以降サービス体系が移行した場合、「名称」～「事業・施設の種別」欄は、移行前を左側に、移行後を右側に記入してください。

6 施設内で、「生活支援員」から「介護職員」に変更した場合や、育児休暇取得により業務期間が空く場合は、「直接対人援助業務期間」～「事業・施設の種別」欄は、前の期間を左側に、後の期間を右側に記入してください。

7 「事業・施設の種別」欄は、「特別養護老人ホーム」、「身体障害者療護施設」、「老人デイサービスセンター」、「〇〇実施要綱の〇〇事業の〇〇」等と記入すること。

8 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るので、注意すること。

9 証明内容を訂正した場合は、証明権者の職印を押印すること。

※ 記入漏れや不備等により再提出が必要な場合があるので、注意すること。

担当者所属：

担当者氏名：

既に経験年数と日数を満たしている場合

〈実務経験証明書記入例〉

第 1 4 試験実務経験（見込）証明書
平成 23 年 7 月 15 日

社会福祉法人
愛知県社会福祉協議会会長様

法人、施設又は事業所 **名古屋市中区三の丸三丁目1番2号**
の 所 在 地
法人、施設又は事業所の名称 **医療法人三の丸会 中病院**
電 話 番 号 **052-231-3224**
F A X 番 号 **052-231-3224** 公印
代表者職・氏名 **院長 尾張 太郎**

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。

氏 名	東海 花子 昭和 40 年 5 月 14 日生 平成	
※以下の左側、右側の両方に記載できる場合は、同一施設又は事業所の場合あるいは右上の証明者が法人等の場合に限ります。		
施設又は事業所の名称 (法人名は記載不可)	中 病 院	
施設又は事業所の 所 在 地	〒460-0001 名古屋市中区三の丸三丁目1番2号	〒 -
直接対人援助 業 務 期 間	平成 14 年 4 月 6 日 ~ 23 年 7 月 15 日 9 年 3 ヶ月	年 月 日 ~ 年 月 日 年 ヶ月
うち業務に従事 した日数	1, 720 日	日
業 務 内 容	看 護 師	
事業・施設の 種 別	病 院	
	介護保険法に基づく事業（指定居宅サービス事業等）の場合は下記も記入してください。	
	【介護保険事業所番号】	【介護保険事業所番号】
	【指定年月日】	【指定年月日】

在職中の者についての業務期間の最終日は、証明日と一致させること。
(育休などで一致しない場合もある。)

法定資格業務の場合、業務期間の開始は、免許登録日以降となる。

実務経験が法定資格業務のうち、受験資格コードが01~18の場合、資格名を記入。

- (注) 1 見込証明でない場合は、表題の(見込)を二重線で消すこと。
2 「氏名」欄の氏名が願書の氏名と異なる場合(旧姓等)、新旧氏名のいずれもが確認できる戸籍抄本等を添付すること。
3 「直接対人援助業務期間」欄は、実務経験被証明者が要援護者に対する対人の直接的な援助を行っていた期間を記入すること。
4 「業務内容」欄は、実務経験被証明者の本来業務について、具体的に医師、生活指導員、介護職員等と記入すること。
なお「作業指導員業務」、や「看護補助」、「看護助手」自体は対象業務には含まませんので、「業務内容」欄には記入しないでください。
5 障害者施設において、障害者自立支援法の施行により平成 18 年 10 月以降サービス体系が移行した場合、「名称」~「事業・施設の種別」欄は、移行前を左側に、移行後を右側に記入してください。
6 施設内で、「生活支援員」から「介護職員」に変更した場合や、育児休暇取得により業務期間が空く場合は、「直接対人援助業務期間」~「事業・施設の種別」欄は、前の期間を左側に、後の期間を右側に記入してください。
7 「事業・施設の種別」欄は、「特別養護老人ホーム」、「身体障害者療護施設」、「老人デイサービスセンター」、「〇〇実施要綱の〇〇事業の〇〇」等と記入すること。
8 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削除する旨の規定が定められているので、注意すること。
9 証明内容を訂正した場合は、証明権者の職印を押印すること。
※ 記入漏れや不備等により再提出が必要な場合があるので、注意すること。

(不適正な記入例)

- 作業指導員 ×
- 看護補助 ×
- 看護助手 ×

担当者所属: **医事課**
担当者氏名: **人材 貴子**

証明書作成者の所属及び氏名を必ず記入。

経験年数と日数を満たしておらず、見込みで提出する場合

〈 実務経験証明書記入例 〉

第 1 4 試験実務経験（見込）証明書

平成23年7月15日

社会福祉法人

愛知県社会福祉協議会会長様

法人、施設又は事業所の所在地
名古屋市中区丸の内二丁目4番7号
法人、施設又は事業所の名称
特別養護老人ホーム 丸の内荘
電話番号
052-222-2918
FAX番号
052-222-2918
代表者職・氏名
荘長 名古屋 太郎

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。

氏名 福祉 太郎 昭和 48年10月15日生 平成

※以下の左側、右側の両方に記載できる場合は、同一施設又は事業所の場合あるいは右上の証明者が法人等の場合に限ります。

施設又は事業所の名称 (法人名は記載不可)	丸の内荘	
施設又は事業所の所在地	〒460-0002 名古屋市中区丸の内二丁目4番7号	〒 -
直接対人援助業務期間	平成18年10月23日～23年10月22日 5年0ヵ月	年 月 日～年 月 日 年 ヵ月
うち業務に従事した日数	▲, 143日	日
業務内容	介護職員	
事業・施設の種別	特別養護老人ホーム	
	介護保険法に基づく事業（指定居宅サービス事業等）の場合は下記も記入してください。	
	【介護保険事業所番号】	【介護保険事業所番号】
	【指定年月日】	【指定年月日】

実務経験が受験資格の「別記1」「別記2」及び①～③に掲げる業務の場合、「対象となる職員（職種）」欄により記入。

(不適正な記入例)

作業指導員 ×
看護補助 ×
看護助手 ×

実務経験が受験資格の「別記1」「別記2」及び①～③に掲げる業務の場合、「対象事業及び施設」「対象となる機関」欄により記入。

(注) 1 見込証明

でない場合は、表題の（見込）を二重線で消すこと。

- 「氏名」欄の氏名が願書の氏名と異なる場合（旧姓等）、新旧氏名のいずれもが確認できる戸籍抄本等を添付すること。
- 「直接対人援助業務期間」欄は、実務経験被証明者が要援護者に対する対人の直接的な援助を行っていた期間を記入すること。
- 「業務内容」欄は、実務経験被証明者の本来業務について、具体的に医師、生活指導員、介護職員等と記入すること。
なお「作業指導員業務」、や「看護補助」、「看護助手」自体は対象業務には含まませんので、「業務内容」欄には記入しないでください。
- 障害者施設において、障害者自立支援法の施行により平成18年10月以降サービス体系が移行した場合、「名称」～「事業・施設の種別」欄は、移行前を左側に、移行後を右側に記入してください。
- 施設内で、「生活支援員」から「介護職員」に変更した場合や、育児休暇取得により業務期間が空く場合は、「直接対人援助業務期間」～「事業・施設の種別」欄は、前の期間を左側に、後の期間を右側に記入してください。
- 「事業・施設の種別」欄は、「特別養護老人ホーム」、「身体障害者療護施設」、「老人デイサービスセンター」、「〇〇実施要綱の〇〇事業の〇〇」等と記入すること。
- 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るので、注意すること。
- 証明内容を訂正した場合は、証明権者の職印を押印すること。

※ 記入漏れや不備等により再提出が必要な場合があるので、注意すること。

担当者所属：庶務課
担当者氏名：人材 貴子

← 証明書作成者の所属及び氏名を必ず記入。

〈 実務経験証明書記入例 〉

第 1 4 回 試験 実務経験 (見込) 証明書
平成 23 年 7 月 15 日

社会福祉法人
愛知県社会福祉協議会会長様

法人、施設又は事業所の所在地
名古屋市中区丸の内 4 丁目 4 番 7 号

法人、施設又は事業所の名称
社会福祉法人 三の丸会

電話番号
052-231-3224

FAX 番号
052-231-3224

代表者職・氏名
理事長 尾張 太郎

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。

氏名	伏見 礼子		昭和 42 年 4 月 4 日生 平成
※以下の左側、右側の両方に記載できる場合は、同一施設又は事業所の場合あるいは右上の証明者が法人等の場合に限ります。			
施設又は事業所の名称 (法人名は記載不可)	ドリーム荘	同左	
施設又は事業所の所在地	〒460-0002 名古屋市中区丸の内 4 丁目 4 番 7 号	同左	
直接対人援助業務期間	平成 18 年 4 月 1 日～19 年 9 月 30 日	平成 19 年 10 月 1 日～23 年 7 月 15 日	
	1 年 6 ヵ月	3 年 9 ヵ月	
うち業務に従事した日数	312 日	780 日	
業務内容	介護職員	同左	
事業・施設の種別	身体障害者療護施設		障害者支援施設、生活介護
	介護保険法に基づく事業（指定居宅サービス事業等）の場合は下記も記入してください。		
	【介護保険事業所番号】		【介護保険事業所番号】
	【指定年月日】		【指定年月日】

障害者自立支援法の
新サービス移行
後は、分けて記入。

実務経験が受験資格
の「別記 1」「別記 2」
及び①～③に掲げる
業務の場合、「対象と
なる職員（職種）」欄
により記入。

(不適正な記入例)
作業指導員 ×
看護補助 ×
看護助手 ×

(注) 1 見込証明

でない場合は、表題の(見込)を二重線で消すこと。

- 「氏名」欄の氏名が願書の氏名と異なる場合(旧姓等)、新旧氏名のいずれもが確認できる戸籍抄本等を添付すること。
- 「直接対人援助業務期間」欄は、実務経験被証明者が要援護者に対する対人の直接的な援助を行っていた期間を記入すること。
- 「業務内容」欄は、実務経験被証明者の本来業務について、具体的に医師、生活指導員、介護職員等と記入すること。
なお「作業指導員業務」、や「看護補助」、「看護助手」自体は対象業務には含まれませんので、「業務内容」欄には記入しないでください。
- 障害者施設において、障害者自立支援法の施行により平成 18 年 10 月以降サービス体系が移行した場合、「名称」～「事業・施設の種別」欄は、移行前を左側に、移行後を右側に記入してください。
- 施設内で、「生活支援員」から「介護職員」に変更した場合や、育児休暇取得により業務期間が空く場合は、「直接対人援助業務期間」～「事業・施設の種別」欄は、前の期間を左側に、後の期間を右側に記入してください。
- 「事業・施設の種別」欄は、「特別養護老人ホーム」、「身体障害者療護施設」、「老人デイサービスセンター」、「〇〇実施要綱の〇〇事業の〇〇」等と記入すること。
- 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削除する旨の規定が定められているので、注意すること。
- 証明内容を訂正した場合は、証明権者の職印を押印すること。

※ 記入漏れや不備等により再提出が必要な場合があるので、注意すること。

担当者所属：庶務課
担当者氏名：人材 貴子

← 証明書作成者の所属
及び氏名を必ず記入。

〈実務経験証明書記入例〉

第14回試験実務経験(見込)証明書

平成23年7月15日

社会福祉法人

愛知県社会福祉協議会会長様

法人、施設又は事業所の所在地
 名古屋市中区三の丸三丁目1番2号
 法人、施設又は事業所の名称
 株式会社 名古屋
 電話番号
 052-223-0408
 FAX番号
 052-223-0408
 代表者職・氏名
 代表取締役 瀬戸 太郎

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。

証明者が法人であって、施設等が同一法人内であれば、左側、右側の両方に記載して可。

氏名	三河 花子 昭和 45年12月30日生 平成	
※以下の左側、右側の両方に記載できる場合は、同一施設又は事業所の場合あるいは右上の証明者が法人等の場合に限ります。		
施設又は事業所の名称 (法人名は記載不可)	サンパーク	ムーンパーク
施設又は事業所の所在地	〒460-0001 名古屋市中区三の丸三丁目1番2号	〒491-0859 一宮市本町4丁目3番1号
直接対人援助 業務期間	平成17年6月1日～20年3月31日	平成21年4月1日～23年7月15日
	2年 10ヵ月	2年 3ヵ月
うち業務に従事した日数	465日	450日
業務内容	訪問介護員	同左
事業・施設の種別	訪問介護事業所	同左
	介護保険法に基づく事業(指定居宅サービス事業等)の場合は下記も記入してください。	
	【介護保険事業所番号 23*****】 【指定年月日 平成13年4月1日】	【介護保険事業所番号 23*****】 【指定年月日 平成13年4月1日】

(不適正な記入例)
 作業指導員 ×
 看護補助 ×
 看護助手 ×

(注) 1 見込証明

でない場合は、表題の(見込)を二重線で消すこと。

- 「氏名」欄の氏名が願書の氏名と異なる場合(旧姓等)、新旧氏名のいずれもが確認できる戸籍抄本等を添付すること。
 - 「直接対人援助業務期間」欄は、実務経験被証明者が要援護者に対する対人の直接的な援助を行っていた期間を記入すること。
 - 「業務内容」欄は、実務経験被証明者の本来業務について、具体的に医師、生活指導員、介護職員等と記入すること。
 なお「作業指導員業務」、や「看護補助」、「看護助手」自体は対象業務には含まれませんので、「業務内容」欄には記入しないでください。
 - 障害者施設において、障害者自立支援法の施行により平成18年10月以降サービス体系が移行した場合、「名称」～「事業・施設の種別」欄は、移行前を左側に、移行後を右側に記入してください。
 - 施設内で、「生活支援員」から「介護職員」に変更した場合や、育児休暇取得により業務期間が空く場合は、「直接対人援助業務期間」～「事業・施設の種別」欄は、前の期間を左側に、後の期間を右側に記入してください。
 - 「事業・施設の種別」欄は、「特別養護老人ホーム」、「身体障害者療護施設」、「老人デイサービスセンター」、「〇〇実施要綱の〇〇事業の〇〇」等と記入すること。
 - 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削除する旨の規定が定められているので、注意すること。
 - 証明内容を訂正した場合は、証明権者の職印を押印すること。
- ※ 記入漏れや不備等により再提出が必要な場合があるので、注意すること。

担当者所属: 総務課
 担当者氏名: 人材 貴子

← 証明書作成者の所属及び氏名を必ず記入。

〈実務経験証明書記入例〉

第14回試験実務経験(見込)証明書

平成23年7月15日

社会福祉法人

愛知県社会福祉協議会会長様

法人、施設又は事業所 名古屋市中区三の丸八丁目1番1号

の所在地

法人、施設又は事業所の名称 株式会社 丸の内

電話番号 052-223-0408

FAX番号 052-223-0408

代表者職・氏名 代表取締役 丸の内 太郎

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。

氏名 山田 太郎 昭和 45年1月1日生 平成

※以下の左側、右側の両方に記載できる場合は、同一施設又は事業所の場合あるいは右上の証明者が法人等の場合に限ります。

施設又は事業所の名称 (法人名は記載不可)	丸の内苑	同左
施設又は事業所の 所在地	〒460-0001 名古屋市中区三の丸八丁目1番1号	〒 - 同左
直接対人援助 業務期間	平成18年4月1日～20年3月31日 2年0ヵ月	平成20年4月1日～23年7月15日 3年3ヵ月
うち業務に従事 した日数	400日	665日
業務内容	介護職員	生活相談員
事業・施設の 種別	特別養護老人ホーム	同左
	介護保険法に基づく事業(指定居宅サービス事業等)の場合は下記も記入してください。 【介護保険事業所番号】 【介護保険事業所番号】 【指定年月日】 【指定年月日】	

同一施設で、職種変更した場合、変更前、変更後に分けて記入。

実務経験が受験資格の「別記1」「別記2」及び①～③に掲げる業務の場合、「対象となる職員(職種)」欄により記入。

(不適正な記入例)
作業指導員 ×
看護補助 ×
看護助手 ×

実務経験が受験資格の「別記1」「別記2」及び①～③に掲げる業務の場合、「対象事業及び施設」、「対象となる機関」欄により記入。
(注) 申し送り

でない場合は、表題の(見込)を二重線で消すこと。

- 「氏名」欄の氏名が願書の氏名と異なる場合(旧姓等)、新旧氏名のいずれもが確認できる戸籍抄本等を添付すること。
 - 「直接対人援助業務期間」欄は、実務経験被証明者が要介護者に対する対人の直接的な援助を行っていた期間を記入すること。
 - 「業務内容」欄は、実務経験被証明者の本来業務について、具体的に医師、生活指導員、介護職員等と記入すること。
なお「作業指導員業務」、や「看護補助」、「看護助手」自体は対象業務には含まれませんので、「業務内容」欄には記入しないでください。
 - 障害者施設において、障害者自立支援法の施行により平成18年10月以降サービス体系が移行した場合、「名称」～「事業・施設の種別」欄は、移行前を左側に、移行後を右側に記入してください。
 - 施設内で、「生活支援員」から「介護職員」に変更した場合や、育児休暇取得により業務期間が空く場合は、「直接対人援助業務期間」～「事業・施設の種別」欄は、前の期間を左側に、後の期間を右側に記入してください。
 - 「事業・施設の種別」欄は、「特別養護老人ホーム」、「身体障害者療護施設」、「老人デイサービスセンター」、「〇〇実施要綱の〇〇事業の〇〇」等と記入すること。
 - 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削除する旨の規定が定められているので、注意すること。
 - 証明内容を訂正した場合は、証明権者の職印を押印すること。
- ※ 記入漏れや不備等により再提出が必要な場合があるので、注意すること。

担当者所属: 総務課
担当者氏名: 人材 貴子

証明書作成者の所属及び氏名を必ず記入。

〈実務経験証明書記入例〉

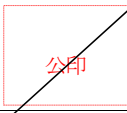
第14回試験実務経験(見込)証明書

平成23年7月15日

社会福祉法人

愛知県社会福祉協議会会長様

法人、施設又は事業所 **名古屋市中区三の丸八丁目1番1号**
 の所在地
 法人、施設又は事業所の名称 **医療法人名古屋会 南病院**
 電話番号 **052-223-0408**
 F A X 番号 **052-223-0408**
 代表者職・氏名 **院長 瀬戸 太郎**



育児休暇取得の場合、取得前と取得後に分けて記入。

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。

氏名	三河 花子 (昭和) 45年12月30日生 平成	
※以下の左側、右側の両方に記載できる場合は、同一施設又は事業所の場合あるいは右上の証明者が法人等の場合に限ります。		
施設又は事業所の名称 (法人名は記載不可)	南病院	同左
施設又は事業所の所在地	〒460-0001 名古屋市中区三の丸八丁目1番1号	〒 - 同左
直接対人援助業務期間	平成17年6月1日～20年3月31日	平成21年4月1日～23年7月15日
	2年10ヵ月	2年3ヵ月
うち業務に従事した日数	465日	450日
業務内容	看護師	同左
事業・施設の種別	病院	
	介護保険法に基づく事業(指定居宅サービス事業等)の場合は下記も記入してください。	
	【介護保険事業所番号】	【介護保険事業所番号】
	【指定年月日】	【指定年月日】

実務経験が法定資格業務のうち、受験資格コードが01～18の場合、資格名を記入。

(不適正な記入例)
 作業指導員 ×
 看護補助 ×
 看護助手 ×

(注) 1 見込証明

でない場合は、表題の(見込)を二重線で消すこと。

- 「氏名」欄の氏名が願書の氏名と異なる場合(旧姓等)、新旧氏名のいずれもが確認できる戸籍抄本等を添付すること。
- 「直接対人援助業務期間」欄は、実務経験被証明者が要援護者に対する対人の直接的な援助を行っていた期間を記入すること。
- 「業務内容」欄は、実務経験被証明者の本来業務について、具体的に医師、生活指導員、介護職員等と記入すること。
 なお「作業指導員業務」、や「看護補助」、「看護助手」自体は対象業務には含まれませんので、「業務内容」欄には記入しないでください。
- 障害者施設において、障害者自立支援法の施行により平成18年10月以降サービス体系が移行した場合、「名称」～「事業・施設の種別」欄は、移行前を左側に、移行後を右側に記入してください。
- 施設内で、「生活支援員」から「介護職員」に変更した場合や、育児休暇取得により業務期間が空く場合は、「直接対人援助業務期間」～「事業・施設の種別」欄は、前の期間を左側に、後の期間を右側に記入してください。
- 「事業・施設の種別」欄は、「特別養護老人ホーム」、「身体障害者療護施設」、「老人デイサービスセンター」、「〇〇実施要綱の〇〇事業の〇〇」等と記入すること。
- 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るので、注意すること。
- 証明内容を訂正した場合は、証明権者の職印を押印すること。

※ 記入漏れや不備等により再提出が必要な場合があるので、注意すること。

担当者所属: **医事課**
 担当者氏名: **人材 貴子**

← 証明書作成者の所属及び氏名を必ず記入。