

※ 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20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 **証明者欄の「公印」**を押印すること。（代表者または施設長等の個人印は不可。）なお、証明内容を訂正したい場合は、訂正内容を二重線で消し、公印を押印すること。
    - ③ 「**施設又は事業所名（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。なお、「**施設又は事業所名（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。
    - ④ 「**証明区分**」欄は、申込時に実務経験を満たしている、または異動・退職済の場合は、「**実務経験証明（確定）**」に○をしてください。試験日前日までに実務経験を満たす予定の場合は、「**見込証明**」に○をしてください。
    - ⑤ 「**現在の勤務状況**」について、該当項目に○をしてください。（同一法人内で現在は別の事業所に勤務している場合は、異動を選択してください。）
    - ⑥ 「**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、試験の前日までを見込みで記入することができます。
- ※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。
- ⑦ 「**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。
  - ⑧ 「**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。また、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。なお、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。

## 第20回試験 実務経験（見込）証明書

平成29年 月 日

社会福祉法人  
愛知県社会福祉協議会 会長様

[証明者] 法人・施設又は  
事業所名  
同 所在地  
電話番号  
FAX番号  
代表者職・氏名

公印

(記入担当者氏名)

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		生年月日	昭和 平成	年	月	日生
同一施設または事業所の場合、あるいは証明者が同一法人の場合に限り、以下の欄の両方に記載できます。						
施設又は事業所名 (法人名は記載不可)						
施設又は事業所の 所在地	〒 —	〒 —				
証明区分(*4) (該当するものに○)	実務経験証明(確定) ・ 見込証明		実務経験証明(確定) ・ 見込証明			
現在の勤務状況 (該当するものに○)	在職中(休業中含む) ・ 異動 ・ 退職		在職中(休業中含む) ・ 異動 ・ 退職			
直接対人援助 業務期間 (*5)	年 月 日 ~ 年 月 日		年 月 日 ~ 年 月 日			
	年 カ月 日		年 カ月 日			
うち業務従事日数	日		日			
※休日、休暇、上記休業期間を除く実勤務日数を記入してください。						
業務内容(*6)						
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	平成	年	月	日	指定年月日 平成 年 月 日

- \*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。例 ~~(見込)~~
- \*2 証明者欄には公印を押印すること。(代表者または施設長等の個人印は不可。なお、証明内容を訂正したい場合は、訂正内容を二重線で消し、公印を押印すること。)
- \*3 「氏名」欄の氏名が願書の氏名と異なる場合、新旧氏名のいずれもが確認できる戸籍抄本を必ず添付すること。
- \*4 「証明区分」欄は、「業務期間」の末日が証明日以前の場合は実務経験証明(確定)を、証明日後の場合は見込証明を選択すること。
- \*5 「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。なお、法定資格に基づく業務で免許登録日が入職日より遅い場合は、免許登録日から証明日までの期間を記入すること。
- \*6 「業務内容」欄は、実務経験被証明者の本来業務について、具体的に看護師、生活相談員、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」自体は対象業務外ですので、「業務内容」欄には記入しないでください。
- \*7 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。