

※コピーして使用してください。

第27回試験 実務経験（見込）証明書

令和6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



(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(*5) (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 ・ 異動 ・ 退職		在職中 ・ 異動 ・ 退職		
直接対人援助 業務期間 (*6)	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、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(*7)					
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・令和	年	月	日

- \*1 受験申込者(個人開業者を除く。)が自書した場合、本証明書は無効となります。  
団体・法人等の証明権限を有する方が記入してください。また、担当者氏名・連絡先も記入してください。
- \*2 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) ==
- \*3 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。)
- \*4 「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。
- \*5 「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。
- \*6 「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(介護福祉士、社会福祉士、看護師等)に基づく業務の場合は、必ず当該免許等登録日以降の期間とすること。**
- \*7 「業務内容」欄は、**実務経験被証明者の本来業務について、具体的に記入すること。「介護福祉士」、「社会福祉士」、「精神保健福祉士」の資格名については業務内容を詳しく表していないので、必ず介護職員(介護業務)、生活相談員等の業務内容を記入してください。**資格名のみ場合は、再提出をお願いすることになります。なお、「サービス提供責任者」、「作業指導員業務」、「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。  
例) ○○○の資格に基づき、○○○業務に従事  
・介護福祉士の資格に基づき、介護職員として(介護業務に)従事  
・社会福祉士(精神保健福祉士)の資格に基づき、病院で相談業務(MSW、PSW、生活相談員)に従事  
・社会福祉士の資格に基づき、デイサービスで生活相談員として相談業務に従事
- \*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。

(確定証明の場合)

※コピーして使用してください。

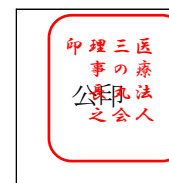
※記入不要

第27回試験 実務経験 (見込) 証明書

令和6年 6月 9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 医療法人 三の丸会  
同 所在地 名古屋市東区白壁1-50  
電話番号 052-212-5516  
FAX番号 052-212-5518  
代表者職・氏名 理事長 尾張 太郎



戸籍上の文字で記載。

(記入担当者氏名 三河 華子 )

下記の者の実務経験を以下のとおりであることを証明します。

氏名	愛知 花子	生年月日	昭和 45 年 5 月 14 日生 平成
----	-------	------	-------------------------

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 (法人名のみ記載不可)	中 病 院	東 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	〒460-0001 名古屋市東区白壁一丁目50番地
証明区分(*5) (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
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。	在職中 ・ 異動 ・ 退職	在職中 ・ 異動 ・ 退職
業務期間(*6)	平成30年 3月 10日 ~ 令和 2年 7月 9日	令和 2年 7月 10日 ~ 令和 6年 6月 9日
うち業務従事日数	480 日	870 日
業務内容 (対象外の業務内容) 作業指導員 × 看護補助 × 看護助手 ×	准 看 護 師	看 護 師
実務経験が法定資格業務のうち、受験資格コードがP15の01~18の場合、資	病 院	病 院

訂正印は必ず公印を押印すること

※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。

(開業者を除く。)が自書した場合、本証明書は無効となります。団体・法人等の証明権限を有する方が記入してください。また、担当者氏名・連絡先も記入してください。

- \*2 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)=====
- \*3 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。
- \*4 「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。
- \*5 「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。
- \*6 「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(介護福祉士、社会福祉士、看護師等)に基づく業務の場合は、必ず当該免許等登録日以降の期間とすること。
- \*7 「業務内容」欄は、実務経験被証明者の本来業務について、具体的に記入すること。「介護福祉士」、「社会福祉士」、「精神保健福祉士」の資格名については業務内容を詳しく表していないので、必ず介護職員(介護業務)、生活相談員等の業務内容を記入してください。資格名のみ場合は、再提出をお願いすることになります。なお、「サービス提供責任者」、「作業指導員業務」、「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。例)○○○の資格に基づき、○○○業務に従事
  - ・介護福祉士の資格に基づき、介護職員として(介護業務に)従事
  - ・社会福祉士(精神保健福祉士)の資格に基づき、病院で相談業務(MSW、PSW、生活相談員)に従事
  - ・社会福祉士の資格に基づき、デイサービスで生活相談員として相談業務に従事
- \*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。

〈実務経験証明書記入例②〉

確定/見込

(見込証明の場合)

※コピーして使用してください。

※記入不要

第27回試験 実務経験（見込）証明書

令和6年 6月 20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 特別養護老人ホーム 丸の内荘

同 所在地 名古屋市中区丸の内二丁目4番7号

電話番号 052-212-5516

FAX番号 052-212-5518

代表者職・氏名 荘長 丸の内 一郎

(記入担当者氏名 三の丸 華子)



戸籍上の文字で記載。

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	名古屋 花子	生年月日	昭和 平成	2 年 10 月 20 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 (法人名のみ記載不可)	丸の内荘		丸の内荘	
施設又は事業所の所在地	〒460-0001 名古屋市中区丸の内二丁目4番7号		〒460-0001 名古屋市中区丸の内二丁目4番7号	
証明区分(*5) (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	
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。	在職中 ・ 異動 ・ 退職		在職中 ・ 異動 ・ 退職	
	令和元年10月1日 ~ 令和 2年 9月30日		令和 2年10月 1日 ~ 令和6年 10月 12日	
業務期間(*6)	1年 ヵ月 日		4年 ヵ月 12日	
うち業務従事日数	210 日		1,020 日	※休日、休暇、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(*7)	介護職員(介護福祉士として主に食事、入浴、排泄介助等の業務を行っている。)		生活相談員	
事業・施設の種別	特別養護老人ホーム		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	2 3 * * * * * * * *	介護保険事業所番号	2 3 * * * * * * * *
指定年月日	平成・令和 14 年 4 月 1 日	指定年月日	平成・令和 14 年 4 月 1 日	

- \*1 受験申込者(個人開業者を除く。)が自書した場合、本証明書は無効となります。  
団体・法人等の証明権限を有する方が記入してください。また、担当者氏名・連絡先も記入してください。
- \*2 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) ~~見込~~
- \*3 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。)
- \*4 「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。
- \*5 「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。
- \*6 「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(介護福祉士、社会福祉士、看護師等)に基づく業務の場合は、必ず当該免許等登録日以降の期間とすること。
- \*7 「業務内容」欄は、実務経験被証明者の本来業務について、具体的に記入すること。「介護福祉士」、「社会福祉士」、「精神保健福祉士」の資格名については業務内容を詳しく表していないので、必ず介護職員(介護業務)、生活相談員等の業務内容を記入してください。資格名のみ場合は、再提出をお願いすることになります。なお、「サービス提供責任者」、「作業指導員業務」、「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。  
例) ○○○の資格に基づき、○○○業務に従事  
・介護福祉士の資格に基づき、介護職員として(介護業務に)従事  
・社会福祉士(精神保健福祉士)の資格に基づき、病院で相談業務(MSW、PSW、生活相談員)に従事  
・社会福祉士の資格に基づき、デイサービスで生活相談員として相談業務に従事
- \*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。