



この証明書は、法人の代表者または施設等の長が証明するものです。(※受験者が自書したもの、公印がないものは無効です)

[平成30年度岐阜県介護支援専門員実務研修受講試験]

実務経験(見込)証明書

※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)

平成 30年 月 日

社会福祉法人岐阜県社会福祉協議会 会長 様

(証明者) 所在地
法人名
施設又は事業所名
代表者氏名 印

記入担当者氏名
連絡先電話番号

※証明権者の代表者印又は施設長等の印を押印すること。(証明者が法人の場合、代表者又は施設長等の個人印は不可。)

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 (※2)	生年月日	昭和 平成	年	月	日生
施設又は事業所名	(※同一団体等であっても勤務先施設・事業所が複数ある場合は、施設等毎に証明書を発行してください。)				
施設又は事業所の所在地	郵便番号 [〒 -] (※本部・本社の住所ではなく、勤務先施設・事業所の住所を記入してください。)				
証明区分 (※該当区分に☑を記入)	<input type="checkbox"/> 実務経験証明 (退職・異動または証明日までに実務経験年数を満たす時)		<input type="checkbox"/> 見込証明 (試験日前日までに実務経験年数を満たす時)		
現在の勤務状況 (※該当区分に☑を記入)	<input type="checkbox"/> 在職中 (休業中を含む)		<input type="checkbox"/> 退職・異動		
業務期間 (※3)	昭和 平成	年	月	日	～ 昭和 平成 年 月 日 (※要援護者に対する直接的な援助を行っていた期間)
業務従事年月日数	(※「業務期間」から「休業期間」を除いた年月日数)		休業期間	(※育児休業、病気休業、介護休業)	
うち業務従事日数	日 (※休日、休暇、病気、休職等を除く実勤務日数)				
業務内容	(※例:「看護師」「介護業務」「生活相談員」等)			コード (※4)	
施設・事業所種別	(※例:「病院」「特別養護老人ホーム」等)				

- 証明内容を訂正したい場合は、証明者欄の代表者印を押印すること。
- 「氏名」欄の氏名が、受験申込書と異なる場合は、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。
- 法定資格に基づく業務の従事期間について、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。
- 所有資格または相談援助業務ごとに割り振られた「コード」をコード表に基づき記入すること。
(試験案内のP7または、本会ホームページ <http://www.winc.or.jp/contents/care/>参照)
- 複数の事業所から証明を受ける場合は、コピーまたは本会ホームページ <http://www.winc.or.jp/contents/care/>からダウンロードして使用すること。
- 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。