



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)

[令和2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)

令和2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 (※施設等毎に証明書を発行してください。)	種別	(※例:「病院」「特別養護老人ホーム」等)			
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 令和	年	月	日	～ 昭和 平成 令和
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)		年	月	日
うち業務従事日数	日		(※休日、休暇、病欠、退職等を除く実勤務日数)		
職種名	(※例:「看護師」「介護福祉士」「生活相談員」)		コード (※4)		
業務内容	(※例:「介護福祉士として主に食事、入浴、排泄等の介護等の業務を行っている」)				

- 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P5または、本会ホームページ <https://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 <https://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。