

<複数枚必要な場合は、コピーして使用してください（裏面の記入方法も必ず証明者に渡してください）>

（令和6年度第27回京都府介護支援専門員実務研修受講試験用）

## 実務経験（見込）証明書

令和 年 月 日

社会福祉法人 京都府社会福祉協議会

介護支援専門員実務研修受講試験室長 様

施設又は事業所の

所在地及び名称

代表者氏名

担当者氏名

連絡先

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。

①氏名	( 年 月 日生)	
②現在の氏名	※勤務当時と異なる場合のみ記入してください	
③施設又は事業所名		
④所在地		
⑤施設種別		
⑥施設又は事業所情報	事業所番号	指定年月日
	事業開始年月日	休止・廃止年月日
⑦業務期間 (資格登録日以降)	(西暦) 年 月 日 ~ 年 月 日 (年 か月と 日)	
⑧うち業務に従事した日数	日 (要援護者に対する対人の直接的な援助に従事した日数)	
⑨業務内容		

(注) ※申込者が自書した場合（個人開業者は除く）は証明書として認められませんのでご注意ください。

- 過去に勤務した者の証明をする場合において、受験者の勤務当時の氏名で記入してください。
- 「施設種別」は具体的に介護老人福祉施設、通所介護、障害福祉サービス事業の生活介護等を記入してください。
- 事業所番号、指定年月日は介護保険制度、障害者総合支援制度等の指定を受けている場合に記入してください。
- 業務期間欄は、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してください。
- 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上記業務に従事した日数（休日、病気、研修、休職等で業務に従事しなかった期間を除く。）を記入してください。
- 業務内容欄は、具体的に医業、看護業務、訪問介護員、介護業務、生活相談員、生活支援員（介護業務）、生活支援員（相談援助業務）、支援相談員、相談支援専門員等と記入してください。
- 証明内容を訂正した場合は、証明者の職印を押してください。修正液等による修正は認めません。
- 虚偽又は不正の事実があった場合は、合格を取り消しすることとなります。  
また、発行した施設や事業所の介護保険事業者の指定が取り消されることがありますので十分ご注意ください。
- 見込証明でない場合は、表題の（見込）を二重線で消してください。
- 法人や事業所、施設が廃止になっている場合は、指定年月日と廃止年月日が分かる書類を提出してください。