

(本様式は、両面コピーをして使用ください。)

記入要領
記入例



兵庫県介護支援専門員実務研修受講試験 実務経験証明書

見込み期間なし・見込み期間あり・見込み達成

(記入上の注意(1)参照)

社会福祉法人 兵庫県社会福祉協議会会長 様

施設又は事業所の
所在地及び名称

代表者 職・氏名



(記入上の注意(3)参照)

〔担当者名
担当者連絡先〕

下記の者の介護支援専門員実務研修受講試験に係る実務経験は、以下のとおりであることを証明します。

① 受験申込者氏名等 (証明権者に送付する前に本人が記入)

フリガナ		生年月日	西暦	年	月	日
氏名 (旧姓)		昼間連絡先				
フリガナ						
現住所	〒 —					

② 実務経験証明内容 (証明権者が記入)

証明年月日	西暦						年	月	日
施設又は事業所名	※同一団体等であっても勤務施設・事業所が複数ある場合は、施設等ごとに証明書を発行してください。								
所在地	〒 — ※本部・本社の所在地ではなく、勤務先・事業所の住所を記入してください。								
事業所番号 ※病院や介護保険事業以外の 行政機関等は不要									
開設年月日	西暦						年	月	日

③ 実務経験期間 (証明権者が記入)

直接対人援助業務 従事期間	西暦						年	月	日	～	西暦	年	月	日	〈 年 月 日 〉
	※国家資格等に基づく業務の場合は、資格の登録日以降からの算定。 ※産休・育休・病休等は、雇用契約が継続していれば1年以内は期間に含む。 なお、産休・育休は子供1人につき1年まで従事期間に含まれます。														
上記のうち業務に 従事した日数	日 ※休日、休暇、研修、退職等で業務に従事しなかった日は除いてください。														
施設等の種別 及び具体的な 職種名と業務内容	例) 特別養護老人ホームで介護福祉士として介護業務を行っている。														

『実務経験証明書』を発行される事業者の皆様へ

- 1 実務経験証明書(見込み期間を含む)を作成する際は、下記の記入上の注意事項を確認した上で作成してください。(「受験の手引」は、ホームページでご確認いただけます。<https://hfkensyu.com/>)
- 2 実務経験証明書(見込み期間を含む)に記入する内容は、必ず根拠(タイムカード・記録)に基づいて証明してください。就業状況等に関する書類等が保管されていないなど、受験申込者の直接対人援助業務従事期間や従事日数が曖昧な場合は、証明書を発行しないでください。
- 3 介護保険法(平成9年法律第123号)第69条の39第1項第2号に規定する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します。また、不実又は錯誤した内容を証明した実務経験証明書をもって受験し合格した場合は、その合格を取り消します。

4 記入要領

記 入 項 目	注 意 事 項
施設又は事業所名	受験申込者が勤務している(していた)施設等の名称を記入してください。同一法人・団体等であっても勤務先施設・事業所等が複数ある場合には、施設等ごとに証明書を発行してください。また、介護保険法に基づく指定事業所にあつては、事業所番号も記入してください。(病院や介護保険事業以外の行政機関等は不要)
所 在 地	本部・本社の住所ではなく、勤務先の施設・事業所の所在地を記入してください。
開 設 年 月 日	当該施設・事業所が都道府県知事等の許可・認可・承認・指定等を受けた日、又は都道府県知事等への届け出を行った日を記入してください。なお、閉鎖した施設の場合は、右の余白に閉鎖日を記入してください。
直接対人援助業務 従 事 期 間	受験申込者が受験資格である「要援護者に対し、直接的な対人援助業務を行っていた期間」を記入してください。国家資格等を有していても、対人援助業務でない期間は算入できませんのでご注意ください。(例：訪問介護員の場合は身体介護のみ算定し、生活援助は算定外。栄養士であっても厨房での発注・栄養計算のみの業務の場合は算定外) ※国家資格等に基づく業務の場合は、資格の登録日以降からの算定になります。該当業務に係る資格登録日を受験申込者に確認の上記入してください。 ※産休・育休・病休等は雇用契約が継続していれば、1年以内は算定可能です。それを超える期間は除外してください。なお、産休・育休は子供1人につき1年まで従事期間に含められます。それを超える期間は除外してください。 ※事務職等の受験資格に該当しない従事期間は必ず除外してください。
上記のうち業務に 従 事 した 日 数	休日、休暇(公休日を含む)、研修等で従事しなかった日を除いた日数(実際に受験資格に該当する勤務のあった実日数)を記入してください。 ※「従事した日数」は、1日の勤務時間が短くても1日として算定してください。
施設等の種別 及び具体的な 職種名と業務内容	受験申込者の本来業務について、施設種別・事業種別等も含めて具体的に記入してください。(例：病院で看護師として患者の看護に従事している、薬局で薬剤師として患者に処方箋の説明・相談業務を行っている、特別養護老人ホームで介護福祉士として介護業務を行っている、訪問介護事業所で介護福祉士として訪問介護業務を行っている等) ※同一施設等内で異動等により職種・業務内容が異なった場合は、各々の期間をそれぞれ証明してください。 職種名については、施設・事業所等で実際に従事している職種名を記入してください。(例：看護師、薬剤師、MSW、生活相談員、介護職、サービス提供責任者、訪問介護員等)

5 記入上の注意

- (1) 証明日までの実務経験を証明する場合は表題右側の「見込み期間なし」に○を、証明日以降の期間の実務経験を見込みで証明する場合は「見込み期間あり」に○をしてください。
- (2) 実務経験証明書を「見込み期間あり」で提出された場合、実務経験の期間が満たされた後、実務経験証明書の表題右側の「見込み達成」の文字を○で囲み、指定の期日までに簡易書留により提出する必要があります。提出のない場合、受験は無効です。
- (3) 印は証明権者の公印(職印)を押印ください(例：医療法人△△会〇〇病院長之印)。なお、公印(職印)がない事業所等の場合は、証明権者の実印を押印ください。
- (4) 記入を誤った場合は、二重線で消して証明権者の公印(職印)を押印してください。修正液による修正がある証明書は無効です。
- (5) 受験申込者が「証明権者記入欄」に自署した場合、本証明書は無効となります。必ず証明権限を有する方が記入してください。
- (6) 証明書の内容に不明な事項がある場合、当該証明書作成担当者に内容の照会・確認を行うことがあります。あらかじめ受験者に渡す前に写しをお取りください。