

第 28 回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

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。
※太枠内の全てについて【証明権者】が記入してください。受験申込者本人が自書した場合、本証明書は
無効となります。

証明年月日	西暦 2025 年 月 日	証明状況	見 込 ・ 確 定 ・ 見込達成
フリガナ		生年月日	西暦 年 月 日 生
氏 名 (旧姓)			
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	〒 ー ※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 ※介護保険事業以外の場合は記載不要 (病院・行政機関等)			
開設年月日	西暦 年 月 日		
事業廃止年月日	西暦 年 月 日 ※事業所の統廃合があった場合や休止している場合は記入してください		
直接対人援助業務 従 事 期 間	西暦 年 月 日 ~ 西暦 年 月 日 ≪ 年 カ月 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年以内は期間に含まれます。 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、休職等で業務に従事しなかった日は除いてください。		
業務内容 ※該当業務に✓を記入	☐ 国家資格等に基づく直接対人援助業務		
	所有国家資格名		
	国家資格登録年月日		
	☐ 相談援助業務(別表2)		
	別表2記載の実務経験コード		
従事施設等種別	例)特別養護老人ホーム、地域包括支援センター等		
職種名称	例)介護職員、看護職員、生活相談員等		
具体的な業務内容	例) 食事・入浴介助等介護業務、急性期病棟における看護業務、利用者・家族等の相談援助業務等		

『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。(様式は、ホームページでご確認いただけます。[https:// hfkensyu.com](https://hfkensyu.com))
- 2 実務経験証明書に記入する内容は、必ず根拠(勤務記録等)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消除します。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 ※本様式は全て【証明権者】が記入します。受験申込者本人が記載する項目はありません。

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の場合は、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 事業廃止年月日	開設年月日は当該施設・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、事業廃止年月日は施設の閉鎖日や休止日等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。(詳細は左上のQRコードより、Q&Aをご確認ください) ※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年を上限として従事期間に含めることができ、そのうち産休・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。 ※雇用形態は問わないため、勤務時間が短くても1日として算定してください。
業 務 内 容	国家資格等所有により実務経験を証明する場合は、受験の手引P27を参照し、国家資格の正式名称を記載してください。相談援助業務での実務経験を証明する場合は、同P28(別表2)を参照し、該当する実務経験コードを記載してください。 ※P28(別表2)に該当しない職種は実務経験に含められません。
従事施設等種別 職 種 名 称 具体的な業務内容	従事施設等種別は、必ず法令上に基づく正式名称を記載してください。 職種名称、具体的な業務内容は明確に記載し、国家資格に基づく業務若しくは相談援助業務であることとの整合性が確認できる内容にしてください。 ※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、実務経験証明書を複数枚使用し、各々の期間を証明してください。

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、証明状況欄の「確定」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」に○をしてください。
- (2) 「見込」で実務経験証明書を提出された場合、実務経験の期間が満たされた後、証明状況欄の「見込達成」を○で囲み、指定の期日(令和7年10月17日(金)消印有効)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、受験は無効となります。
- (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)。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。原則として、証明権者の職名と公印(職印)に相違がある証明書は認められません。
- (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。修正液や修正テープによる修正、担当者や受験申込者の印で訂正された証明書は無効です。
- (5) 受験申込者が自署した場合、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) 証明内容の不備や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。予め受験申込者に渡す前にコピー等お取りください。