

4 実務経験証明書(P22・23の記入例も参考にしながら記入内容を確認してください。)

勤務先等に実務経験証明書作成を依頼する際には、本手引P20～23のコピーを渡し、内容を確認してもらった上で作成するよう伝えてください。

実務経験証明書は、勤務先の長など証明権限を有する者が記入し、押印した原本を提出してください。
証明書の用紙は、本手引に差込んである用紙を使用してください。

また、この用紙は「受験申込書」の「実務経験・見込み年数」欄に記入した事業所ごとに必要になります。
複数の枚数が必要な方は、P31・32の様式を両面コピーして使用してください。

なお、証明権者に作成依頼の際には、証明書裏面(P32)の「『実務経験証明書』を発行される事業所の皆様へ」に必ず目を通し、記入項目を確認してもらうように依頼を行ってください。そのためにも、作成依頼は時間に余裕をもって行ってください。

- (注意)
- ・証明状況「見込」で実務経験証明書を発行してもらった場合、令和7年10月17日(金)(消印有効)までに証明状況「見込達成」の実務経験証明書の再提出が必要です。
 - ・証明内容を訂正した場合は、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。修正液等による訂正は認められません。
 - ・実務経験証明書に虚偽または不正の事実を記入する等、不正の手段によって受験した場合は、受験を拒否する、又は受験を中止させた上で退場を命じ、受験を無効とします。合格発表後に発覚した場合は、合格を取消します。

㉓ 証明年月日は必ず記入してください。この日以降の期間を含む実務経験を証明する場合、㉔欄が「見込」の証明書となります。

㉔ 証明権者が申込み時の氏名・住所を記入してください。勤務時と氏名が異なる場合は、氏名の下に「旧姓」を記入してください。

㉔ 申込み時点で受験要件を満たしている実務経験を証明する場合は、「確定」の部分で囲み、実務経験を証明年月日の翌日から試験前日までの期間・日数として証明する場合には、「見込」の部分で囲んでください。
また、「見込」の証明書を出された方は、実際に実務経験を満たした時点で、「見込達成」の部分で囲んだ実務経験証明書を提出してください(令和7年10月17日(金)消印有効)。

㉕ 以下の点に注意し、実務経験期間を記入してください。

《従事期間》

○直接対人援助業務に従事した期間です。教育・研究・事務等の期間は認められません。国家資格等に基づく業務については、国家資格等の証明書に記載された登録年月日以降の実務経験の期間を記入してください。国家資格等取得前の業務は実務経験にはなりません。

○なお、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1回につき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。

○異動等により同一事業所での従事期間が分割する場合は、余白部分に期間を追記してください。

《従事した日数》

○実務従事期間において実際に勤務した日数です。有給休暇含む休日や、産休、育休、病休等休職により従事していなかった日数を除いた日数で算定してください。

○夜勤等日をまたぐ勤務は、勤務先で2日間の勤務扱いとしている場合、2日勤務として差し支えありません。

《業務内容》

○国家資格に基づく実務経験を証明する場合は資格名と登録年月日を記入、相談援助業務経験による実務経験を証明する場合は別表2(P28)を参照し、該当コードを記入してください。

《見込み期間が発生する場合》

○従事開始日から受験資格を満たす期間を記入してください。見込み期間については、試験前日(令和7年10月11日(土))までの期日のうち余裕をもって記入していただく結構です。

○ただし、見込み期間が達成され次第、㉔欄の「見込達成」に○を記入した実務経験証明書を提出する必要があります。提出期日は令和7年10月17日(金)ですが、必ず見込み期間が経過してから提出してください。

㉖ 施設、事業所の所在地は本部や本社の住所ではなく、その事業所がある住所を記入してください。
また、施設、事業所の名称については、特別養護老人ホーム○△園、(株)△○神戸支店など、正式名称を記入してください。配置換えなどで勤務先が複数になる場合は、各事業所の証明書を提出してください。



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

担当者名
担当者連絡先

(本様式は、両面コピーをして使用ください。)

㉗ 代表者名は職名も含めて記入してください。印は証明権者(代表者)の公印(職印)を押印ください。
法人格を持たない事業所等の場合は、証明権者の実印を押印ください。

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。
※本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	㉘ 西暦 2025 年 月 日	証明状況	㉙ 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)	㉚		
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	〒		
事業所番号	※介護保険事業以外の場合は不要(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 ※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年以内は期間に含められます。 なお、産休・育休は子供1人につき1年まで従事期間に含められます。		
上記のうち業務に 従事した日数	日 ※休日、休暇、研修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	☐ 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		

㉖ 施設、事業所の所在地を記入してください。本部や本社の住所ではなく、その事業所がある住所を記入してください。

㉗ 事業所番号を記入してください。
病院等介護保険事業者以外の事業所の場合は、空欄で結構です。
複数の事業所で従事している場合は、それぞれ必要です。

㉘ 事業所の開設年月日を記入してください。(行政機関は不要)
事業所が閉鎖した場合は廃止年月日を記入してください。
プレオープン等の期間であっても、開設年月日以前の期間を証明していただくことはできません。
開設日前に別の事業所で研修期間がある場合、その事業所での証明書が必要です。

㉙ 施設種別は、必ず法令上に基づく名称を記載してください。(例：介護老人福祉施設等)
職種名称や業務内容については記載例を参考に具体的に記載してください。(特に業務内容については、「介護業務」や「高齢者への支援」といった、㉚で証明している業務内容との整合性が不明確なものは不可)