

第27回介護支援専門員実務研修受講試験

実務経験証明書

確定

※「見込」は使用不可

社会福祉法人宮城県社会福祉協議会会長 殿

所在地
(法人等団体名)
施設又は事業所名
代表者 職・氏名
担当者氏名
連絡先電話番号



※公印のないものは無効

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。

Form with multiple sections: 証明年月日, フリガナ, 受験申込者氏名, 施設または事業所 (名称, 所在地, 事業所番号, 開設日), 受験資格, 証明日現在の状況, 対人直接援助業務 従事期間, 従事期間中の 従事日数, 具体的業務内容, 備考欄.

【注意】

- 受験申込者が自書した場合、本証明書は無効となります（個人開業者は除く）。訂正箇所には公印を押印してください。
○ 必ず、団体・法人等の証明権限を有する方が記入してください。また、担当者氏名・連絡先も記入してください。
○ 各欄の記入にあたっては、【別表1・2】（P23～24）及び「実務経験証明書 記入要領」（P32）を参照してください。
○ 様式は、試験実施本部（社会福祉法人宮城県社会福祉協議会）のホームページよりダウンロード可能です。
※ 虚偽や不正が判明した場合、介護保険法の規定に基づき、合格決定や介護支援専門員の登録を取り消し、又は受験を禁止することがあります。

※試験本部記入欄