

第 2 7 回介護支援専門員実務研修受講試験

実務経験証明書

見込

※試験後、「確定」で再提出

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。

証明年月日	令和 6 年 月 日	注) 申込期間 (6月3日～26日) の日付で証明してください。
フリガナ		生年月日
受験申込者氏名		<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 年 月 日生
施設または事業所	名称	
	所在地 ※1	〒 ※1 勤務先の施設又は事業所の所在地を記入してください。
	事業所番号 ※2	※2 介護保険法、障害者総合支援法又は児童福祉法に基づき、宮城県又は市町村から指定を受けている場合のみ記入してください。
	開設日・指定日 ※3	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 年 月 日 ※3 指定・許可・認可・承認を受けた日、または事業開始の届出日を記入してください。
受験申込者	受験資格 ※4	<input type="checkbox"/> 法定資格に基づく業務【別表1】 (法定資格名) _____ (登録年月日) <input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 年 月 日 <input type="checkbox"/> 相談援助業務【別表2】 (相談援助業務名) _____ 受験資格コード【別表1・2】 ※4 法定資格に基づく業務の場合、受験者本人に資格登録年月日を 確認して記入してください。
	証明日現在の状況	該当する口欄にチェック✓してください。 当該事業所・施設で、 <input type="checkbox"/> 従事している <input type="checkbox"/> 休職中 <input type="checkbox"/> 異動・退職した
	対人直接援助業務 従事期間 ※5・※6	(従事開始) <input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 年 月 日から ※5 事業所の開設日・指定日や、資格の登録年月日より後であることを確認してください。 (従事終了) 令和 6 年 10 月 12 日まで ※6 試験前日(10月12日)までの従事期間を証明してください。
	従事期間中の 従事日数 ※7	日 ※7 除外する日: ①休日(週休日を含む)、②病気、③研修、④休職等、業務に従事しなかった日。 産前産後休暇は、従事期間には含まれますが、従事日数からは除外してください。
具体的業務内容	(1) 施設または事業の種別 (2) 法定資格名・相談援助業務名 (3) (2)に基づく本来業務 _____ における _____ として _____ に従事	
備考欄 ※8 ※9	産前産後休暇: 他の除外期間: その他特記事項: ※8 除外期間は、理由、期間の開始日・終了日が分かるように記入してください。 ※9 運営法人、施設の名称や所在地変更等、変更内容が分かるように記入してください。	

【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】(⇒P 2 3～2 4)及び「実務経験証明書 記入要領」(⇒P 3 2)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