

実務経験証明書 [業務区分] [記入要領、注意事項及び記載例]

* 法定資格を取得している方の実務経験期間の開始日は、資格取得日(登録日)以降となります。

【受験申込者へ】

- 実務経験証明書は、令和元年度指定の様式を使用してください。
- 証明権限を有する証明者は施設、事業所の長又は代表者であり、勤務日数等を証明できる方が必要です。
- この試験において実務経験として認められる期間は、試験前日(令和元年 10 月 12 日)までとなります。
※ 証明日より後の期間も含めて証明する場合は、見込みによる証明となります。
- 「実務経験証明書」(見込みによる証明)を提出した方は、令和元年 10 月 25 日(金)までに、あらかじめ実務経験証明書(確定した証明)の提出が必要です。
この場合、指定の用紙を使用し、受験番号を右上に必ず付記してください。(指定の用紙については、コピーしておくか、大分県社会福祉介護研修センターホームページよりダウンロードして使用してください。)
提出がない場合、受験資格を満たさなかったものとして受験は「無効」になりますので特に注意してください。
- 数箇所の実務経験の合計により必要な実務経験期間(業務期間及び従事日数)を満たす場合には、**それぞれの施設、事業所ごとにこの証明書が必要**です。
- 複数の施設、事業所等の証明が必要な場合は、必要枚数をコピーしてお使いください。
- 証明者と本人(受験申込者)が同一の場合(法人の場合は除く)は、実務経験証明書とあわせて、開業許可書、認可書、届出書、保健医療機関等の指定書、業務委託契約書、定期的な報告書、業務日誌等の業務の存在を確認できる書類の写しを添付してください。
- 受験申込書と実務経験証明書の氏名が異なる場合は、戸籍抄本(3ヶ月以内発行のもの)を提出してください。
- 施設、事業所等が廃止になっている場合等で実務経験証明書が取れない場合は、給与明細書、雇用契約書、受験年度以前に作成された実務経験証明書を提出してください。

【証明書を作成される方(証明権限を有する方)へ】

- 実務経験証明書を作成する際は、「令和元年度受験案内」の 7 頁と本頁～13 頁「記入要領、注意事項及び記載例」を確認のうえ作成してください。
- 証明者は、被証明者(受験申込者)の業務従事状況を書類等で確認したうえで証明してください。
- 「実務経験証明書」(見込みによる証明)を作成する際は、従事期間を最長令和元年 10 月 12 日(土)(試験日の前日)まで算入できます。後日、見込期間を経過し、受験資格を満たした時点で、被証明者(受験申込者)に対し、確定した内容であらためて「実務経験証明書」(確定した証明)の作成をお願いします。
確定した「実務経験証明書」の被証明者(受験申込者)からの提出期限は、令和元年 10 月 25 日(金)としています。
※ 証明内容が不備・不明な場合は、内容確認の問合せや書類の再提出等をしていただくことがありますので、あらかじめご了承ください。

実務経験証明書 [業務区分]

法定資格	業務区分	受験対象者				
	ア	医師、歯科医師、薬剤師、保健師、助産師、看護師、准看護師、理学療法士、作業療法士、視能訓練士、義肢装具士、歯科衛生士、言語聴覚士、あん摩マッサージ指圧師、はり師、きゅう師、柔道整復師、栄養士(管理栄養士を含む)、社会福祉士、介護福祉士、精神保健福祉士				
相談援助業務	業務区分	受験対象者	業務区分	受験対象者	業務区分	受験対象者
	イ-1	生活相談員 (特定施設入居者生活介護)	イ-2	生活相談員 (地域密着型特定施設入居者生活介護)	イ-3	生活相談員 (地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護)
	イ-4	生活相談員 (介護老人福祉施設)	イ-5	支援相談員 (介護老人保健施設)	イ-6	生活相談員 (介護予防特定施設入居者生活介護)
	イ-7	相談支援専門員 (計画相談支援)	イ-8	相談支援専門員 (障害児相談支援)	イ-9	主任相談支援員 (生活困窮者自立相談支援事業)

	項目	記入要領・注意事項
㉞	証明日	■証明年月日を記入してください。
㉟	証明者	■証明印は、証明者の公印(職印)を使用してください。個人経営等で公印がない場合は、役所等に通常書類を提出する際に使用する印を使用してください。 ■証明者名の他、今後の問合せ先として担当者氏名と連絡先電話番号を記入してください。
㊱	受験者氏名	■受験申込者の氏名を記入します。 ※過去に勤務した者の証明をする際、受験者が勤務当時旧姓であった場合には、その当時の姓で記入してください。
	生年月日	■該当する元号を○で囲み、生年月日を記入してください。
㊲	施設又は事業所名	■被証明者(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は、各々の施設等毎に証明書を発行してください。
㊳	要援護者に対する直接的な対人援助業務に従事した期間	■該当する元号を○で囲み、被証明者(受験申込者)が要援護者に対する直接的な対人援助業務に従事した期間を記入してください。 ■育休、病休、介護休業、休職期間は従事した期間から除外します。除外する休職期間は、「上記の内休職した期間」に記入してください。 ※産前産後休暇(業)は実務経験期間に算入されます。 ■従事した期間から休職期間を除いた期間を「休職期間を除いた期間」に記入してください。 ■1日も勤務していない月は、実務経験期間に算入できません。 ■同一事業所かつ同じ業務内容であって、従業期間が不連続である場合は期間及び従事日数の欄は2段書き又は別葉にて証明書を作成してください。 ■現在勤務している施設または事業所での業務期間の最終日は、「確定した証明」の場合は証明日以前となります。 ■「見込みによる証明」をする場合は、最大令和元年10月12日(試験日前日)まで算入可能です。 ■国家資格等の法定資格に基づく業務の開始日は当該免許等の登録年月日以降となります。
	上記のうち業務に従事した日数	■上記従事期間のうち、実際に要援護者に対する直接的な対人援助業務に従事した日数を記入してください。(休日、休暇、病気、休職等で実際に業務に従事しなかった日は除いてください。) ■日数の換算については、1日の勤務時間が短い場合についても1日勤務したものとみなします。
㊴	証明内容	■証明日までに確定した実務経験を証明する場合は、「1.確定した証明」の番号を○で囲んでください。 ■証明日以降の期間も含めて証明する場合は、「2.見込みによる証明」の番号を○で囲んでください。
㊵	職種名	■施設、事業所等で従事している職種名を記入してください。 (例:看護師、介護福祉士、社会福祉士、生活相談員等)
	業務区分	■前頁の実務経験証明書[業務区分]を参照し、該当する番号を記入してください。 ■法定資格の場合は「ア」、相談援助業務の場合は「イ-番号」を記入してください。
	業務内容	■被証明者(受験申込者)の具体的な業務内容を記入してください。 例:「訪問介護事業所で入浴・排泄等の介護業務を行っている」 「老健の支援相談員として相談援助業務を行っている」 「一般病棟の看護業務を行っている」
㊶	備考欄	■合併等の理由により、証明者と異なる法人の事業所・施設を証明する場合に、理由・旧法人名・合併年月日等を詳しく記入してください。 ■派遣勤務の場合は、「派遣勤務」と記入してください。

[記載例]

訂正する場合は2重線で消し訂正印（証明印と同一）を押印してください。

確定した証明

複数枚必要の時は、コピーしてご使用ください。

**令和元年度大分県介護支援専門員実務研修受講試験
実務経験証明書**

証明日は受験申込書の申込日以前になります。

ア 証明日 令和 元 年 6 月 21 日

大分県知事 殿

[証明者]
施設又は事業所の所在地 **大分県大分市大手町〇丁目〇番〇号**
施設又は事業所の名称 **特別養護老人ホーム△△**
代表者職・氏名 **施設長 別府 一郎** 印
担当者氏名 **総務課 佐伯 花子**
連絡先電話番号 **097-536-XXXX**

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。

<input type="checkbox"/> フリガナ	フンゴ ハルミ	<input type="checkbox"/> 生年月日	
<input type="checkbox"/> 受験者氏名	豊後 春美	大正 昭和 平成	41 年 5 月 12 日 生
<input type="checkbox"/> 施設又は事業所名	特別養護老人ホーム△△		
<input type="checkbox"/> 要援護者に対する直接的な対人援助業務に従事した期間	期間	昭和・平成・令和 27 年 10 月 1 日 ~ 元 年 6 月 20 日	① 3 年 8 ヶ月 20 日間
	上記の内休職した期間	昭和・平成・令和 28 年 7 月 1 日 ~ 29 年 6 月 30 日 ※病休、育休等の休職した期間を記入してください。	② 1 年 ヶ月 日間
	休職期間を除いた期間		①-② 2 年 8 ヶ月 20 日間
<input type="checkbox"/> 上記のうち業務に従事した日数	654 日間 ※休日、休暇、病気、休職等で業務に従事しなかった日を除いた日数を記入してください。		
<input type="checkbox"/> 証明内容	① 確定した証明 2. 見込みによる証明		
<input type="checkbox"/> 職種名	介護福祉士	<input type="checkbox"/> 業務区分	ア — <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> 業務内容	特別養護老人ホームで介護業務を行っている。		
<input type="checkbox"/> 備考欄			

法定資格に基づく業務の開始日は、当該免許証等の登録年月日以降となります。

記載例の場合、休職期間を除いた期間になっています。

職種ではなく、業務内容を具体的に記入してください。例えば、サービス提供責任者の場合、介護業務（身体介護）を兼務していることが必要です。

注意事項

- 証明権限を有する代表者による押印がないものは無効となります。
- 訂正箇所にも代表者印を押印してください。（担当者印、本人印は無効）
- 受験申込者が自書した場合、本証明書は無効となります。
- 見込みによる実務経験証明書を提出する受験者は、受験案内記載の締切日までに改めて確定した証明書を提出してください。締切日までに提出しない場合は受験無効となります。

介護保険法（平成9年法律第123号）第69条の39第1項2号により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する旨の規定が定められていますのでご注意ください。

この用紙、及び記載例は大分県社会福祉介護研修センターのホームページからダウンロードできます。

[記載例]

訂正する場合は2重線で消し訂正印（証明印と同一）を押印してください。

見込みによる証明

複数枚必要の時は、コピーしてご使用ください。

令和元年度大分県介護支援専門員実務研修受講試験 実務経験証明書

ア 証明日 令和 元 年 6 月 29 日

大分県知事 殿

[証明者]

施設又は事業所の所在地 **大分県大分市中島町〇丁目〇番〇号**
施設又は事業所の名称 **介護老人保健施設▽▽▽**
代表者職・氏名 **施設長 大分 二郎** 印

担当者氏名 **総務課 竹田 夏子**
連絡先電話番号 **097-532-2222**

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。

<input type="checkbox"/> フリガナ	ナカツ アキコ	<input type="checkbox"/> 生年月日	
<input type="checkbox"/> 受験者氏名	中津 秋子	大正 昭和 平成	45 年 7 月 15 日 生
<input type="checkbox"/> 施設又は事業所名	介護老人保健施設▽▽▽		
<input type="checkbox"/> 要介護者に対する直接的な対人援助業務に従事した期間	期間	昭和・平成・令和 26 年 10 月 1 日 ~ 元 年 10 月 12 日	昭和・平成・令和 ① 5 年 0 ヶ月 12 日間
	上記の内休職した期間	昭和・平成・令和 年 月 日 ~ 年 月 日 ※病休、育休等の休職した期間を記入してください。	昭和・平成・令和 ② 年 ヶ月 日間
	休職期間を除いた期間		①-② 5 年 0 ヶ月 12 日間
<input type="checkbox"/> 上記のうち業務に従事した日数	1210 日間 ※休日、休暇、病気、休職等で業務に従事しなかった日を除いた日数を記入してください。		
<input type="checkbox"/> 証明内容	1. 確定した証明 ② 見込みによる証明		
<input type="checkbox"/> 職種名	支援相談員	<input type="checkbox"/> 業務区分	イ — 5
<input type="checkbox"/> 業務内容	介護老人保健施設の支援相談員として相談援助業務を行っている。		
<input type="checkbox"/> 備考欄			

見込みでの証明は、最大令和元年10月12日（試験日前日）まで算入可能です。

注意事項

- ・証明権限を有する代表者による押印がないものは無効となります。
- ・訂正箇所にも代表者印を押印してください。（担当者印、本人印は無効）
- ・受験申込者が自書した場合、本証明書は無効となります。
- ・見込みによる実務経験証明書を提出する受験者は、受験案内記載の締切日までに改めて確定した証明書を提出してください。締切日までに提出しない場合は受験無効となります。

介護保険法（平成9年法律第123号）第69条の39第1項2号により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する旨の規定が定められていますのでご注意ください。

この用紙、及び記載例は大分県社会福祉介護研修センターのホームページからダウンロードできます。