

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 令和 年 月 日

大分県知事 殿

[証明者]

施設又は事業所の所在地

施設又は事業所の名称

代表者職・氏名

印

担当者氏名

連絡先電話番号

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		<input type="checkbox"/> 生年月日
<input type="checkbox"/> 受験者氏名		大正 昭和 平成 年 月 日生
<input type="checkbox"/> 施設又は事業所名		
<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 年 月 日 ~ 昭和・平成・令和 年 月 日 ① 年 月 日間
	上記の内休職した期間	昭和・平成・令和 年 月 日 ~ 昭和・平成・令和 年 月 日 ② 年 月 日間 ※病休、育休等の休職した期間を記入してください。
		休職期間を除いた期間 ①-② 年 月 日間
<input type="checkbox"/> 上記のうち業務に従事した日数	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	<input type="checkbox"/> 業務区分	<input type="text"/> — <input type="text"/>
<input type="checkbox"/> 業務内容		
備考欄		

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。