

平成30年度実務経験証明書

平成 30 年 月 日

千葉県社会福祉協議会長 様

証明者 (必ず所属長等の証明権限を有する方が記載し、代表者職印を押印してください)

所在地		〒		
法人名・施設又は事業所名				
代表者	職名		氏名	印
担当者 連絡先	電話番号			
	職名		氏名	

(受験申込者が自書した場合は無効となります)

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。

(フリガナ) 氏 名	()	生年月日 昭和 平成 年 月 日
法 人 名		職種名
施設又は事業所名		
直接対人援助 業務従事期間	昭和 平成 年 月 日から平成 年 月 日	通算 年 月 日
業務従事日数	いずれかひとつに○をつけてください。 ※休日、休暇、病気、休職等で従事しなかった日を除いた実働日数 1. 900日以上 2. 1800日以上 3. その他 () 日	
具体的業務内容		
開設年月日等	【施設、事業所の開設年月日を記入してください】 開設年月日 平成 年 月 日	
	【介護保険法又は障害者総合支援法に基づく事業の場合は、必ず記入してください。】	
	指定年月日 平成 年 月 日	事業所番号
	更新年月日 平成 年 月 日	事業所番号
	廃止年月日 平成 年 月 日	事業所番号
備 考		

- (注) 1. 「直接対人援助業務従事期間」は要援護者に対する対人の直接的な援助を行っていた期間を記入してください。
2. 「具体的業務内容」は、被証明者の本来業務について、具体的な業務内容及び施設種別等を記入してください。
【記載例：指定訪問介護事業所において介護業務に従事、知的障害者更生施設の生活支援員として相談援助業務に従事、一般病院において看護業務に従事 等】
3. 同一法人内で人事異動等により、事業所、職種、業務内容に変更がある場合は、その経緯がわかるように備考欄に記載してください。※複数枚に分けて証明書を作成していただいても結構です。
4. 介護保険法（平成9年法律第123号）第69条の39第1項第2号により、不正の手段により登録を受けた場合は、介護支援専門員としての登録を消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。
5. この証明書は平成30年度に限り有効です。
6. 上記の個人情報試験の実施に利用し、合格者については、研修実施のため千葉県への情報提供を行います。
(問い合わせ先) 千葉県社会福祉協議会 介護支援専門員養成班 043-204-1610