

※次ページの記入要領をよく読んで記入してください。この様式をコピーしてご利用ください。  
※業務内容の【業務区分コード】については、本案内 6 ページを確認して、記入してください。

福井県介護支援専門員実務研修受講試験  
実務経歴証明書・実務経歴見込証明書

(いずれかを○で囲んでください。次ページ記入要領 9 参照)

令和 年 月 日

社会福祉法人 福井県社会福祉協議会 会長 様

所在地  
法人等団体名  
代表者職・氏名

印

連絡担当部署・氏名

電話番号

下記の者の実務経歴は、以下のとおりであることを証明します。

フリガナ		生年月日
受験者氏名 (証明日現在)		昭和・平成 年 月 日生
上記の者の現住所	〒 -	
勤務施設・事業所 種別・名称・住所	〈施設・サービス種別〉	
	〈名称〉 <small>※同一団体等であっても勤務先施設・事業所が複数ある場合は、施設等毎に証明書を発行してください。</small>	
	〈住所〉 <small>※本部・本社の所在地ではなく、勤務先施設・事業所の所在地を記入してください。</small>	
直接対人援助 業務従事期間	昭和・平成 年 月 日 ~ 昭和・平成・令和 年 月 日 (実績・見込)	
	<small>※実績期間が必要期間に満たない場合、見込期間を記入することで、試験日前日までを限度に業務従事期間を見込算定することができます。</small>	
	計算用	計 【 年 月間】 <small>※1か月未満切捨て</small>
上記のうち業務 に従事した日数	日 <small>※休日、休暇、病気、退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。 ※見込証明の場合は見込期間を含めて算定してください。</small>	職種名
	業務内容 【業務区分コード】 コード _____ に該当 (例：32、106 等いずれか一つを選択)	

注意事項 ※受験申込者

- 本様式はコピーして利用してください。また、裏面の記入要領も必ず証明者に渡してください。(1枚に両面コピーする必要はありません。)
- 必要に応じ、証明者に本試験案内の 5~7 ページ、13~14 ページをコピーして渡してください。(受験資格やコード確認のため)
- 受験申込者が自書した場合、本証明書は無効となります。団体・法人等の証明権限を有する方が記入してください。

注意事項 ※証明者

- 証明担当者(証明権限者、または証明権限者の指示のもと本証明書を作成する者)の氏名・連絡先を記入してください。(個人開業者は除く。)
- 証明内容を訂正した場合は、証明者の職印を押してください。修正液等による修正は認めません。

重要事項

提出された実務経歴証明書が、虚偽であることが判明した場合は、関係機関へ報告するとともに、その判明が試験日前であれば受験を認めず、試験後合格者となった場合は、合格を取り消します。

また、記載事項の不備や確認等のために、必要に応じて証明者や事業所に照会・調査を行う場合があります。

## 実務経験証明書・実務経験見込証明書記入要領

- 1 証明者が押印した証明書(原本)を提出してください。右上の日付は証明書作成時の日付を記入してください。
- 2 業務期間欄は、被証明者が要援護者に対し、直接的な対人援助等を行っていた期間を記入してください。
- 3 業務期間に育児・介護・病気休暇期間が含まれる場合は、当該休暇期間は業務期間に算入されません。産前産後休暇については業務期間に算入できます。(従事日数には算入できません。)
- 4 業務内容欄は、被証明者の本来業務について、具体的に医業、病院看護業務、特別養護老人ホーム介護業務等と記入してください。
- 5 業務内容欄の業務区分コード欄には、別記1「福井県介護支援専門員実務研修受講試験の受験資格」の(5)業務区分コード(6ページ)の別表1、2のどの業務に該当するかを確認し、コード番号を必ず記入してください。
- 6 業務に従事した実日数については、1日の勤務時間が短い方の場合についても1日勤務したものとみなします。(実務期間内において実際に実務に従事した日数(休日、病気、休暇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。)
- 7 「福井県介護支援専門員実務研修受講試験の受験資格」(5)業務区分コード別表1(6ページ)に該当する方は資格証明書等の写し(A4版の大きさに縮小・拡大コピーしたものとし、資格証明書等の裏面に記載がある場合には、裏面もコピーしてください。)を添付してください。
- 8 上記の国家資格等のコードで受験する場合、算入できる当該業務従事期間は、当該資格の登録日以降の期間です。
- 9 証明書作成時において被証明者が就業している施設等が証明する場合には、次のとおりとします。
  - (1) 証明書作成時に、必要な実務経験の期間を満たしている場合は証明書作成時までの証明とし、表題の“実務経験証明書”を○で囲んでください。
  - (2) 証明書作成時には必要な実務経験の期間を満たしていないが、試験前日(令和元年10月12日)まで就業すると見込んだ場合に必要な実務経験の期間を満たす場合は、令和元年10月12日までの見込証明とし、表題の“実務経験見込証明書”を○で囲んでください。
  - (3) (2)の見込証明書を提出した方は、令和元年10月31日(木)までに改めて実務経験証明書を提出してください。(その際は、表題の“実務経験証明書”を○で囲んでください。)なお、期日までに提出されない場合は、受験資格を満たさなかったものとし、試験を無効とします。
- 10 証明者と実務経験被証明者が同一の場合は、実務経験証明書にあわせて開業許可書、認可書、届出書、業務委託契約書等の客観的に証明できる書類の写しを添付してください。  
※なお、法定資格取得者のうち、許可、認可、届出制を要しない事業(所)に従事しているため、これらの証明書を提出できない場合は、定期的(月次、年次)報告書や業務日誌等の写しを添付してください。
- 11 ボランティア等の公的サービス以外のサービスを行う団体において介護等の業務を行っている方については、当該団体概要および市町ボランティアセンター等に登録されている団体についてはその旨の書類を添付してください。
- 12 派遣会社に登録し、受験資格要件に該当する業務を行う施設等に派遣されている場合は、派遣元の会社の証明権限者が実務経験証明書を作成することになります。
- 13 複数の施設等の証明が必要な場合は、複数枚コピーして使用してください。

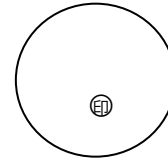
**福井県介護支援専門員実務研修受講試験  
実務経験証明書・実務経験見込証明書**

(いずれかを○で囲んでください。前ページ記入要領 9 参照)

令和元年 7月 5日

社会福祉法人 福井県社会福祉協議会 会長 様

所在地 福井市学園 9-9-9  
 法人等団体名 社会福祉法人 福祉福井会  
 代表者職・氏名 理事長 福井 治郎



連絡担当部署・氏名 総務課 今井 三郎 電話番号 0776-12-3456

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	ふくし たろう	生年月日
受験者氏名 (証明日現在)	福祉 太郎	昭和・平成 50年 1月 1日生
上記の者の現住所	〒910-9999 福井市光陽 5-6-7 コーポしあわせ 101 号室	
勤務施設・事業所 種別・名称・住所	〈施設・サービス種別〉 通所介護 〈名称〉 福福デイサービス <small>※同一団体等であっても勤務先として記載してください。</small> 〈住所〉 福井市学園 9-9-9 <small>※本部</small>	
	法定資格に基づく業務に従事した期間の受験資格で証明書を提出する場合は、従事期間はその資格の取得(登録)年月日以降となる。	
直接対人援助 業務の従事期間	昭和・平成 23年 3月 20日 ~ 昭和・平成・令和 24年 3月 31日 (実績・見込)	
	<small>※実績期間が必要期間に満たない場合、見込期間を記入することで、試験日前日までに限度に業務従事期間を見込算定することができます。</small>	
	計算用 従事年月 1年 0か月 日	育児・介護・病気休暇の期間 種類(病気) 年 か月 25日 種類( ) 年 か月 日
上記のうち業務に従事した日数	242 日 <small>※休日、休暇、病気、退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。                  ※見込証明の場合は見込期間を含めて算定してください。</small>	職種名 介護職員
業務内容	介護業務 【業務区分コード】 コード 32 に該当 (例: 32、106 等いずれか一つを選択)	

**注意事項** ※受験申込者  
 1 本様式はコピーして利用してください。また、裏面の記入要項も必ず証明者に渡してください。(1枚に両面コピーする必要はありません。)  
 2 必要に応じ、証明者に本試験案内の 5~7 ページ、13~14 ページをコピーして渡してください。(受験資格やコード確認のため)  
 3 受験申込者が自書した場合、本証明書は無効となります。団体・法人等の証明権限を有する方が記入してください。

**注意事項** ※証明者  
 1 証明担当者(証明権限者、または証明権限者の指示のもと本証明書を作成する者)の氏名・連絡先を記入してください。(個人開業者は除く。)  
 2 証明内容を訂正した場合は、証明者の職印を押してください。修正液等による修正は認めません。

**重要事項**  
 提出された実務経験証明書が、虚偽であることが判明した場合は、関係機関へ報告するとともに、その判明が試験日前であれば受験を認めず、試験後合格者となった場合は、合格を取り消します。  
 また、記載事項の不備や確認等のために、必要に応じて証明者や事業所に照会・調査を行う場合があります。

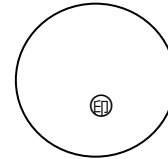
**福井県介護支援専門員実務研修受講試験  
実務経験証明書・実務経験見込証明書**

(いずれかを○で囲んでください。前ページ記入要領注 9 参照)

令和元年 7月 5日

社会福祉法人 福井県社会福祉協議会 会長 様

所在地 福井市学園 9-9-9  
 法人等団体名 社会福祉法人 福祉福井会  
 代表者職・氏名 理事長 福井 治郎



連絡担当部署・氏名 総務課 今井 三郎 電話番号 0776-12-3456

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	ふくし たろう	生年月日							
受験者氏名 (証明日現在)	福祉 太郎	昭和・平成 50年 1月 1日生							
上記の者の現住所	〒910-9999 福井市光陽 5-6-7 コーポしあわせ 101 号室								
勤務施設・事業所 種別・名称・住所	〈施設・サービス種別〉 介護老人福祉施設								
	〈名称〉 すこやか長寿園 <small>※同一団体等であっても勤務先施設・事業所が複数ある場合は、施設等毎に証明書を発行してください。</small>								
	〈住所〉 福井市学園 9-9-9 <small>※本部・本社の所在地ではなく、勤務先施設・事業所の所在地を記入してください。</small>								
直接対人援助 業務の従事期間	昭和・平成 27年 4月 1日 ~ 昭和・平成・令和元年 6月 30日 (実績・見込) <small>※実績期間が必要期間に満たない場合、見込期間を記入することで、試験日前日までを限度に業務従事期間を見込算定することができます。</small>								
	計算用	計							
	<table border="1"> <tr> <td>従事年月</td> <td>育児・介護・病気休暇の期間</td> <td></td> </tr> <tr> <td>4年 3か月 日</td> <td>種類 ( ) 年 か月 日</td> <td rowspan="2">【 4年 3月間】 <small>※1か月未満切捨て</small></td> </tr> <tr> <td></td> <td>種類 ( ) 年 か月 日</td> </tr> </table>	従事年月	育児・介護・病気休暇の期間		4年 3か月 日	種類 ( ) 年 か月 日	【 4年 3月間】 <small>※1か月未満切捨て</small>		種類 ( ) 年 か月 日
従事年月	育児・介護・病気休暇の期間								
4年 3か月 日	種類 ( ) 年 か月 日	【 4年 3月間】 <small>※1か月未満切捨て</small>							
	種類 ( ) 年 か月 日								
<small>※同一施設・事業所であっても業務(職種)が変わったり、法人・団体内での異動等で勤務先への所属が連続しない場合は、それぞれの業務、連続する期間毎に証明書を発行してください。 ※見込証明の場合は見込期間を含めて算定してください。</small>									
上記のうち業務 に従事した日数	1133 日 <small>※休日、休暇、病気、退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。 ※見込証明の場合は見込期間を含めて算定してください。</small>	職種名 介護職員							
業務内容	介護業務 【業務区分コード】 コード 32 に該当 (例: 32、106 等いずれか一つを選択)								

**注意事項** ※受験申込者  
 1 本様式はコピーして利用してください。また、裏面の記入要領も必ず証明者に渡してください。(1枚に両面コピーする必要はありません。)  
 2 必要に応じ、証明者に本試験案内の 5~7 ページ、13~14 ページをコピーして渡してください。(受験資格やコード確認のため)  
 3 受験申込者が自書した場合、本証明書は無効となります。団体・法人等の証明権限を有する方が記入してください。

**注意事項** ※証明者  
 1 証明担当者(証明権限者、または証明権限者の指示のもと本証明書を作成する者)の氏名・連絡先を記入してください。(個人開業者は除く。)  
 2 証明内容を訂正した場合は、証明者の職印を押してください。修正液等による修正は認めません。

**重要事項**  
 提出された実務経験証明書が、虚偽であることが判明した場合は、関係機関へ報告するとともに、その判明が試験日前であれば受験を認めず、試験後合格者となった場合は、合格を取り消します。  
 また、記載事項の不備や確認等のために、必要に応じて証明者や事業所に照会・調査を行う場合があります。