

## 実務経験証明書（令和5年度）

フリガナ			生年月日
氏名	(姓)	(名)	昭和 年 月 日 平成
施設又は 事業所名	(法人名)	(事業所名)	
所在地	(※本部・本社の住所ではなく、勤務先事業所の住所を記入してください)		
施設種別		事業所指定 年 月 日	昭和 年 月 日 平成
職種(名)又は 業務内容			
実務経験期間	(要援護者に対して直接的な援助を行った期間)		
	昭和・平成・令和 年 月 日 ~ 昭和・平成・令和 年 月 日 _____年_____ヵ月 ※法定資格に基づく業務は当該免許登録日以降の期間で証明してください。		
うち業務に 従事した日数	① 900日以上		② その他 _____日
	※該当する方に○を付けてください。900日に満たない場合は②に具体的な日数を記入してください。 ※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。		
<p>当施設・事業所における上記の者の実務経験は、以上のとおりであることを証明します。</p> <p>令和5年 月 日</p> <p>社会福祉法人 秋田県社会福祉協議会 会長 様</p> <p>所在地</p> <p>施設・事業所名</p> <p>施設・事業所代表者氏名</p> <p>電話番号</p> <p>担当者氏名</p>			
			代表者の職印

※ 裏面の注意事項・記入例を参照してください。

※ 記入もれや不備・不明な箇所がある場合に、当試験事務局より確認をさせていただき、必要に応じ書類の追加・再提出をしていただくことがありますので、事業所の電話番号、担当者氏名を必ず御記入ください。

## 実務経験証明書記入要領等

1. 平成30年度以降に秋田県で確定した実務経験証明書を提出し受験票の交付を受けた方は、実務経験証明書の提出は不要です。「受験申込書」の所定の欄に直近の受験年度と受験時の氏名を記載してください。  
 なお、今年度初めて受験申込をする方並びに直近の実務経験証明書提出年度が平成29年度以前の方は、実務経験証明書の提出が必要となります。
2. 申込み時点では実務経験が満たされない方は、次ページの「実務経験見込証明書」を使用することになりますので注意してください。
3. 受験申込者（個人開業者を除く。）が自書したもの、証明権限を有する者（長）の印（職印）のないもの、施設又は事業所名、業務期間、業務日数、業務内容の記入もれ及び不明なもの、訂正事項について証明権限を有する者の訂正印のないもの、修正液等の使用による訂正等、所定様式以外の用紙は証明書としては無効となります。
4. 同一の法人内での事業所間の異動は事業所ごとにそれぞれ用紙を分けて作成してください。
5. 実務経験証明書が2ヵ所以上から必要な場合は、この用紙をコピーをして使用してください。なおコピーする際は、必ず裏面（記入要領）もコピーしてください。
6. 本会ホームページ（<https://www.akitakenshakyo.or.jp>）からもダウンロードできます。 そちらを使用しても構いませんが、作成・発行する際は、受験の手引き及び次の記入要領に注意のうえ、必ず所属長等証明権限を有する者が記入してください。  
 なお、一部でも自書の箇所があると証明書としては無効となり、再提出となりますので、当該証明書全ての欄を所属長等の証明権限を有する者が記入してください。  
 （「氏名」欄、「施設又は事業所名」欄が自書の場合も再提出となります。）
  - ① 施設種別は具体的に特別養護老人ホーム、身体障害者療護施設、老人デイサービス事業、〇〇実施要綱の〇〇事業の〇〇等を記入してください。
  - ② 「事業所指定年月日」欄は、当該施設・事業所等について、都道府県知事等の許可・認可・承認・指定を受けた日を記入してください。なお、指定年月日以降の業務でなければ実務経験として算定できません。
  - ③ 職種（名）又は業務内容については具体的に、医業、介護福祉士、介護業務、〇〇施設生活指導員等と記入してください。
  - ④ 実務経験期間欄は、受験申込者が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。当該国家資格等を有しながら、要援護者に対する対人の直接的な援助ではない学校教員・研究業務を行っているような期間は、実務経験に含まれません。
  - ⑤ 業務に従事した日数については、就業期間内において、実際に従事した日数（休日、休暇、病気、休職等で相談・介護等の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。  
 また、1日の勤務時間が短い場合については、1日勤務したものとみなして記入してください。
  - ⑥ 証明内容を訂正した場合は、証明権者の職印を押印してください。なお、修正液による訂正は認められませんので注意してください。
7. 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、介護支援専門員の登録を消除する旨の規定が定められております。
8. 上記の記載内容に記入もれや不備・不明な箇所がある場合は、当試験事務局より内容の確認をさせていただき、必要に応じ書類の追加・再提出をしていただくことがありますので、予め御了承ください。（事業所の電話番号、担当者名を御記入ください。）

### <記入例>

#### 実務経験証明書（令和5年度） ←

フリガナ	アキタ	フマチ	生年月日
氏名	(姓) 秋田	(名) こまち	(昭和) 44年10月3日 平成
施設又は事業所名	(法人名) 医療法人 長寿会	(事業所名) 下堤第二病院	
所在地	秋田市御所野下堤5丁目1-1 <small>(※本誌・本社の住所ではなく、勤務先事業所の住所を記入してください。)</small>		
施設種別	病院	事業所指定年月日	(昭和) 50年4月1日 平成
職種(名)又は業務内容	介護業務 <small>(要援護者に対して直接的な援助を行った期間)</small>		
実務経験期間	昭和(平成) 令和24年10月1日～昭和(平成) 令和28年3月31日 3年6ヵ月 <small>※法定資格に基づく業務は当該免許登録日以降の期間で証明してください。</small>		
うち業務に従事した日数	① 900日以上      ② その他 840日 <small>※該当する方に○を付けてください。900日を満たさない場合は②に具体的な日数を記入してください。 ※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。</small>		
当施設・事業所における上記の者の実務経験は、以上のとおりであることを証明します。			
令和5年6月10日			
社会福祉法人 秋田県社会福祉協議会 会長 様			
所在地	秋田市御所野下堤5丁目1-1		
施設・事業所名	医療法人 長寿会		
施設・事業所代表者氏名	理事長 秋田 一郎		
電話番号	018-829-2888		
担当者氏名	事務担当 福祉 太郎		

申込時に実務経験期間が満たされている場合、あるいは過去において勤務していた場合

過去において勤務していた場合（退職した日までの期間）  
 ※現在勤務している場合は実務経験証明書作成日までの期間を記入してください

必ず代表者の職印を押印してください

必ず事業所の電話番号、担当者氏名を記入してください

※ 裏面の注意事項・記入例を参照してください。  
 ※ 記入もれや不備・不明な箇所がある場合に、当試験事務局より確認をさせていただき、必要に応じ書類の追加・再提出をしていただくことがありますので、事業所の電話番号、担当者氏名を必ず御記入ください。

( は県社協のロゴマークです。)