

記入例 (法定資格者用)

※この用紙は、必ず
年度福岡県介護支援専門員実務研修受講

どちらかの□に
し印を入れてください。

下さい

実務経験証明書 (□確定した証明 ・ □見込による証明)

福岡県知事 殿

※証明書が確定分か、見込かどちらかにし印を付してください。
※下記従業期間欄の終了日が、証明日を超える場合、
□にし印がなくとも「見込」証明となります。ご注意ください

実務経験(見込)証明書記入要領
をご覧の上、ご記入ください。
尚、本様式、(社)福岡県介
のホームページ
ます。

必ず、記入してくだ
さい。

法人等団体名 社会福祉法人 △△会
代表者職・氏名 理事長 ○○ ○○
所在地 ☆☆☆市○○町1-1-1
記入担当者氏名 ◆◆ ◆◆
連絡先電話番号 09* - *** - **

社会福祉
法人△△
理事長乃印

必ず、記入してください。

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。

証明日 平成 30 年 6 月 1 日

ふりがな	ふくし はなこ	性別	生年月日		
受験者氏名	福祉 花子	男 <input type="checkbox"/> 女 <input checked="" type="checkbox"/>	昭和・平成 55 年 ○ 月 □ 日		
勤務先施設 又は事業所の 名称	社会福祉法人△△会 特別養護老人ホーム ○○苑				
勤務先施設 又は事業所の 所在地	〒000-**** 福岡県☆☆市○○町1-1-1				
勤務先施設 又は事業所の 種別	介護老人福祉施設	介護保険・障害者福祉サ ービス事業所番号	0000000001		
職種名	介護職員	法定資格名	1. 職種名と同じ ② (介護福祉士)	左記資格 登録日	H25.4.3
主な業務内容 (該当業務の □にし印を付し てください。)	要援護者に対する直接的な対人援助である。 <input checked="" type="checkbox"/> 身体介護を主とした介護業務 <input type="checkbox"/> 相談 <input type="checkbox"/> 診療等に係る業務 <input type="checkbox"/> 機能訓練に係る業 <input type="checkbox"/> その他(具体的に : ※要援護者に対する対人の直接的な援助ではない研究業務、事務業務等を行っているような期間 含まれませんのでご注意ください。				
該当業務 従事期間	昭和・平成 25 年 5 月 1 日から	従事 期間 通算	5 年 1 ヶ月 0 日		
	昭和・平成 30 年 5 月 31 日まで				
該当業務に 従事した日数	1050 日	左記に「●●日以上」と記入しても差支えありませんが、その場合、 「●●」			
備考	<p>備考欄を活用ください。 ○公印が個人印の場合 ○派遣勤務の場合 ○産休や休職期間がある場合 ○事業所が廃業や名称等が変更 になっている場合 等</p> <p>職期間のある方、 方等は、こちらに く読んでご記入 無効とします。必ず団体・法人等の証明権限を有する方が記入してください。 有効)までに確定した実務経験証明書を再度作成依頼し、必ず提出してください。 引により、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 ください。</p>				

同一法人であっても勤務先施設・事業所が異なる
場合は、施設等毎に証明書を発行してください。

資格登録証等に記載の登録日を
ご確認ください。

介護保険制度、
障害者総合支援
制度の指定を受
けている場合の
み事業所番号を
ご記入ください。

従事期間の終了日が証明日を超えている場合は「見
込」証明になります。

(例)証明日が平成 30 年 6 月 1 日の場合の
該当業務従事期間の終了日

- ① 平成 30 年 5 月 31 日→(確定した証明)
- ② 平成 30 年 6 月 30 日→(見込による証明)

備考欄を活用ください。
○公印が個人印の場合
○派遣勤務の場合
○産休や休職期間がある場合
○事業所が廃業や名称等が変更
になっている場合 等

個人印を職
HPにも掲載)