

※この用紙は、必

どちらかの□に
し印を入れてください。

下さい

記入例 (法定資格以外の 相談援助業務者用)

度福岡県介護支援専門員実務研修受講

月書 (□確定した証明 ・ □見込による証明)

※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

福岡県知事 殿

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、(有)福岡県介
社のホームページ
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 令和2年6月10日

ふりがな	ふくし はなこ		生年月日	
受験者氏名	福祉 花子		昭和・平成 57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 業所番号	000000001	
職種名	生活相談員	コード	34	
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、 <u>相談援助に係る業務</u> 。			
該当業務 従事期間	昭和・平成・令和 25年4月1日から	従事 期間 通算	5年 1ヶ月 0日	
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>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。</p> <p>(例)証明日が令和2年6月10日の場合の 該当業務従事期間の終了日</p> <p>① 令和2年5月31日→(確定した証明)</p> <p>② 令和2年6月30日→(見込による証明)</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。

※法定資格者はこの用紙を使用しないでください。

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。

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

職期間のある方、
方等は、こちらに
よく読んでご記入
無効とします。必
印有効)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。
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いますのでご注意ください。