

記入例 (法定資格者用)

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)

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。

実務経験(見込)証明書記入要領
を確認の上、御記入ください。
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 令和4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 59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	000000001	
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)	資格 登録日
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、 ☑心身の状況に応じた介護業務 □相談 □診療等に係る業務 □機能訓練に係る業 □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。			
該当業務 従事期間	昭和・平成・令和 29年5月1日から	従事 期間 通算	5年0ヵ月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、 「●●日」(数字)を必ず記入してください。		
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>休職期間のある方、事業 所が廃業している方等は、こちらに詳細を よく読んで御記入くだ さい。無効とします。必ず団 体印(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。 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削除する旨 ご注意ください。</p> <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。</p> <p>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 御記入ください。</p> <p>資格登録証等に記載の登録日を 御確認ください。</p> <p>従事期間の終了日が証明日を超えている場合は 「見込」証明となります。</p> <p>(例)証明日が令和4年6月10日の場合の 該当業務従事期間の終了日 ① 令和4年5月31日→(確定した証明) ② 令和4年6月30日→(見込による証明)</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

休職期間のある方、事業
所が廃業している方等は、こちらに詳細を
よく読んで御記入くだ
さい。無効とします。必ず団
体印(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。
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削除する旨
ご注意ください。

従事期間の終了日が証明日を超えている場合は
「見込」証明となります。

(例)証明日が令和4年6月10日の場合の
該当業務従事期間の終了日
① 令和4年5月31日→(確定した証明)
② 令和4年6月30日→(見込による証明)