

記入例 (法定資格以外の 相談援助業務者用)

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。

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 事業所番号	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、相談援助に係る業務。				
該当業務 従事期間	昭和・平成・令和 29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	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				

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
御記入ください。

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)

★

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

の法定が定められているので御注意ください。