（様式2-①）

※この用紙は、必　　　　**下さい**

どちらかの□に
レ印を入れてください。

記入例　（法定資格者用）

度福岡県介護支援専門員実務研修受講

明　書　（　□確定した証明　・　□見込による証明　）

※証明書が確定分か、見込かどちらかにレ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、
□にレ印がなくとも「見込」証明となります。

福岡県知事　　殿

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、記
社）福岡県介
のホームペー
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　〇〇　〇〇

所在地　☆☆市〇〇町１－１－１

社会福祉
法人△△
理事長乃印

記入担当者氏名　◆◆　◆◆

連絡先電話番号　０９＊　－　＊＊＊　－　＊＊

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5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　６０　年　〇　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　〇〇苑 **※同一法人等であっても勤務先施設・事業所が異なる場合は**				
勤務先施設又は事業所の所在地	〒０００－＊＊＊＊ 福岡県☆☆市〇〇町１－１－１ **※法人（本部等）所在地ではなく、実際に実務に従事している（又はしていた）事業所等の所在地を記入してください。**				
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　）	**資格登録日**	H30.4.3
	※各職場の通称ではなく、配置基準に基づく、公的な名称を記入してください。 **※法定資格名が職種名となる場合は、当該資格登録証の登録日以降が従業期間の開始日となりま**				
主な業務内容（該当業務の□に1 点のみレ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　30 年　5 月　1　日から** **昭和　・　平成　・[✓ 令和]　5　年　4 月 30　日まで**		**従事期間通算**	**５年　０　ヵ月　０　日**	
	※雇用期間ではなく、実際に該当業務に従事された期間を記入してください。 **※法定資格に基づく業務の場合、資格登録日以降が従事期間となります。** **※病気休暇・育児休暇（産前産後休暇は含む。）・介護休暇等休職期間は除きます。** **※見込の場合、期間の終了日の最長は、令和5年10月7日（試験日前日）です。**				
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」			
備考	**休職期間のある方、事業所** **る方等は、こちらに詳細を**				**個人印を職**

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御確認ください。

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」証明になります。

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

備考欄を活用ください。
〇公印が個人印の場合
〇派遣勤務の場合
〇産休や休職期間がある場合
〇事業所が廃業や名称等が変更になっている場合　等

★ **よく読んで御記入くだ**　　**Pにも掲載）**
無効とします。必ず団
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消除する旨
ください。