

令和5年度福岡県介護支援専門員実務研修受講試験

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、見込かどちらかの□にレ印を付けてください。
※ 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。

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。
なお、本様式、記入要領等は、(公社)福岡県介護支援専門員協会のホームページにも掲載しています。

法人等団体名
代表者職・氏名
所在地
記入担当者氏名
連絡先電話番号

印

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 月 日 | |
|--|--|--|-----------------|
| ふりがな | 生 年 月 日 | | |
| 受験者氏名 | 昭和・平成 年 月 日生 | | |
| 勤務先施設 又は 事業所の名称 | ※ 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、施設等毎に証明書を発行してください。 | | |
| 勤務先施設 又は事業所の 所在地 | 〒 ※ 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 | 介護保険・障害者福祉 サービス事業所番号 | | |
| 職種名 | 法定資格名 | 1. 職種名と同じ 2. () | 資格 登録日 年 月 日 |
| 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。) | <u>要援護者に対する直接的な対人援助である、</u> <input type="checkbox"/> 心身の状況に応じた介護業務 <input type="checkbox"/> 相談援助に係る業務 <input type="checkbox"/> 看護、准看護に係る業務 <input type="checkbox"/> 診療等に係る業務 <input type="checkbox"/> 機能訓練に係る業務 <input type="checkbox"/> 施術等に係る業務 <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は実務経験期間に含まれません。 | | |
| 該当業務 従事期間 | 昭和・平成・令和 年 月 日から | 従事 期間 通算 | 年 月 日 |
| | 昭和・平成・令和 年 月 日まで | | |
| | ※ 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 | 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」を確定した従事日数として判断します。 | |
| 備考 | ※ 派遣勤務の方、休職期間のある方、事業所が廃業している方、法人名・事業所名が途中で変更した方、個人印を職印として使用している方等は、こちらに詳細を記入してください。 | | |

- ★注意事項★必ず記入要領・記入例をよく読んで御記入ください。 ※記入要領等は受講者からお受け取りください。(HPにも掲載)
- ・ 受験申込者本人が自署した証明書は無効とします。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。
 - ・ 見込証明書の場合、10月18日(消印有効)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。
 - ・ 介護保険法第69条の39第1項第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の規定が定められていますので御注意ください。