

別記要領様式第6号-①(要領4関係)

実務経験(見込)証明書

年 月 日

群馬県社会福祉協議会長 あて

実務経験(見込み)証明	
ふりがな	生年月日
氏名	年 月 日生
施設・事業所名称	
施設(事業)等種類 (法令上の事業名)	
職種 (法令上の職種)	
従業期間	年 月 日から 年 月 日まで
上記期間の 従事日数	日
上記の従事期間の うち介護等の業務 従事日数	日

太枠内の期間・日数は、介護福祉士国家試験実施年度の3月31日までが対象となります。従事日数は通算で1,095日、介護等業務従事日数が540日以上での証明が必要です。  
1事業所で必要な証明が受けられない場合は、複数事業所の証明が必要です。  
また、同時に2以上の事業所において業務に従事した場合、別途証明が必要です。(別記要領様式第6号-②従事日数内訳証明書)

上記のとおり当方において、介護等の業務に

- 従事した
- 従事する見込みである ことを証明します。

法人/施設・事業所の所在地

電話 ( )

法人/施設・事業所の名称

代表者/管理者の長

印

実務経験 (見込) 証明書

年 月 日

○従事日数1,095日、介護等業務従事日数540日以上を満たすように証明して下さい。

○証明日現在で上記日数を満たさない場合、「従業期間」の末日を将来の日付にして下さい。

○現在の事業所と以前のお勤め先事業所との合計で上記日数を満たす場合、それぞれの事業所の証明書が必要となります。

証明	
	生年月日
	年 月 日生

(法人上の職種)	
従業期間	H 29年 4月 1日から R 2年 3月 31日まで
上記期間の従事日数	1,095日
上記の従事期間のうち介護等の業務従事日数	600日

大枠内の期間・日数は、介護福祉士国家試験実施年度の3月31日までが対象となります。従事日数は通算で1,095日、介護等業務従事日数が540日以上 of 証明が必要です。

1事業所で必要な証明が受けられない場合は、複数事業所の証明が必要です。

また、同時に2以上の事業所において業務に従事した場合、別途証明が必要です。(別記要領様式第6号-②従事日数内訳証明書)

上記のとおり当方において、介護等の業務に

従事した

従事する見込みである

ことを証明します。

法人/施設・事業所の所在

同時に複数の事業所で勤務している場合は、要領様式第6号-②従事日数内訳証明書の提出が必要です。

電話 ( )

「従業期間」の末日が、将来の日付の場合には、見込での証明にして下さい。

法人/施設・事業所の名称

代表者/管理者の長

印