

・記入漏れや記入内容の不備・不明な箇所等がある場合、必要に応じて書類の追加・再提出を依頼する場合がありますので、必ず控え（コピー等）をお取りください。
・この用紙（様式4・記入例）は、必要な枚数を両面コピーして使用してください。（群馬県社会福祉協議会のホームページからダウンロード（印刷）もできます。）

実務経験証明書（平成29年度）

群馬県社会福祉協議会長 様

法人又は

施設・事業所の名称

所在地

連絡先電話番号

代表者 職・氏名

職印

証明書作成者 職・氏名

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	平成 年 月 日
区分	確定済 ・ 見込 ※該当する方に○ <small>※いずれかを○で囲まないと、実務経験証明書の再提出となります。</small>

氏名		生年月日	昭和 平成 年 月 日
業務従事期間 (A+B)	年 月	業務に従事した日数 (a+b)	日間

内 訳

A 欄	施設・事業所名			開設年月日 (事業開始年月日)	昭和 平成 年 月 日
	所在地	※本部・本社の住所ではなく、所属先（勤務先）施設・事業所の住所を記入してください。			
	職 種	施設等の種別 及び業務内容			
	業務従事期間	<small>※医師や看護師等、免許登録が必要となる方は、当該業務従事期間は登録日以降とすること。ただし介護福祉士の場合は登録日以前の介護等業務も含めることができます。</small>		業務従事期間A <small>※1ヶ月未満切捨て</small>	業務に従事した日数 a
	昭和 平成 年 月 日～	昭和 平成 年 月 日	年 月	日間	

B 欄	施設・事業所名			開設年月日 (事業開始年月日)	昭和 平成 年 月 日
	所在地	※本部・本社の住所ではなく、所属先（勤務先）施設・事業所の住所を記入してください。			
	職 種	施設等の種別 及び業務内容			
	業務従事期間	<small>※医師や看護師等、免許登録が必要となる方は、当該業務従事期間は登録日以降とすること。ただし介護福祉士の場合は登録日以前の介護等業務も含めることができます。</small>		業務従事期間B <small>※1ヶ月未満切捨て</small>	業務に従事した日数 b
	昭和 平成 年 月 日～	昭和 平成 年 月 日	年 月	日間	

※記入上の注意（裏面「実務経験証明書の記入方法」参照）

- ・実務経験証明者は、法人・施設等の証明権限を有する方（代表者、管理者、事務局長等）とします。
- ・同一法人の経営する複数事業所での実務経験を証明する場合は、証明者は法人本部の証明権限を有する方とします。
- ・記入内容について、証明責任者である所属長等が必ず確認の上、提出してください。
- ・記入内容について、問合せ・確認する場合がありますので、連絡先電話番号、証明書作成者の職・氏名を必ず記入してください。
- ・**受験者が自書したものは無効となります（氏名、生年月日等部分的に自書した場合も無効）。**（個人開業者を除く。）
- ・**記入を誤った場合は、二重線で消し、証明権限を有する方の職印「長の印」で訂正してください（修正液等の使用による訂正は無効）。**
- ・介護保険法（平成9年法律123号）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としない旨の規定が定められているので留意してください。

実務経験証明書の記入方法

※**証明書作成者（受験申込者の実務経験を証明する権限を有する方）は、必ずお読みください。（記入例参照）**

※**記入事項を訂正する場合**

- ・記入を誤った箇所を二重線で引き、必ず職印「長の印」を訂正印として押印してください。
- ・訂正印のないもの、個人印での訂正、修正液等の使用による訂正は無効となり、実務経験証明書の再提出となります。

1 「法人（経営主体）又は施設・事業所の名称」「所在地」「連絡先電話番号」：正しく記入してください。

2 「代表者職・氏名」：代表者の職名及び氏名を記入し、職印は「長の印」を必ず押印してください。

3 「証明書作成者職・氏名」

- ・実務経験証明書の記入を行う担当者の職名及び氏名を必ず記入してください。
- ・**受験申込者が自書したものは無効となります。（個人開業者を除く）**

4 「証明日」：実務経験証明書の**証明日（証明書発行日）**を必ず記入してください。

5 「区分（確定済・見込）」

- ・証明日時点で業務従事期間・業務従事日数の要件を満たしている場合、必ず「**確定済**」を○で囲んでください。→「**確定済**」
- ・証明日時点で業務従事期間・業務従事日数の要件を満たしていないが、試験日前日までに業務従事期間要件を満たす見込みの場合、必ず「**見込**」を○で囲んでください。→「**見込**」
(証明する業務従事期間・業務従事日数は、実際に受験資格に該当する業務従事期間・業務従事日数を記入してください。)
- ・証明書の「**見込**」区分として認められる業務従事期間は、平成29年10月7日（土）（試験日の前日）までです。
- ・**受験申込書提出時に「見込」区分において証明書を提出した場合は、平成29年10月20日（金）までに、改めて「確定済」区分の実務経験証明書を提出してください。（提出のない場合、受験無効となります。）**

6 「氏名」「生年月日」

- ・受験申込者の**勤務時の氏名**、生年月日を記入し、該当する年号（昭和・平成）を○で囲んでください。
- ・婚姻等により実務経験証明書と受験申込者の氏名が違う場合、受験申込者は、戸籍抄本原本（6ヶ月以内のもの）を受験申込書に添付してください。

7 「業務従事期間」

- ・受験申込者が、**要援護者に対する直接的な援助に従事していた期間**を記入し、該当する年号を○で囲んでください。
- ・医師や看護師等免許登録が必要となる方は、当該業務従事期間は登録日以降としてください。ただし、介護福祉士の場合は平成29年度までは、登録日以前の介護等業務も含めることができます。
- ・病休休業、育児休業等の休職期間がある場合はA、B欄に休職期間前と休職期間後に分けて記入してください。
- ・産前産後休業は業務従事期間に含むことができますが、育児休業等は含むことができません。
- ・同一法人において、他の事業所に異動した場合又は業務内容が変わった場合の証明については、A、B欄に分けて記入してください。
- ・訪問介護員業務の生活援助（調理、洗濯、掃除等）は直接的な援助業務ではないため、期間に含むことはできません。
- ・業務従事期間が1ヶ月に満たない場合は切り捨ててください。
- ・用紙が足りない場合はコピーをし、それぞれ用紙毎に証明してください。

8 「業務に従事した日数（業務従事日数）」

- ・上記「業務従事期間」のうち、**実際に受験資格に該当する業務に従事した日数**（年間日数から、休日・病休・育休等で業務に従事しなかった日を除いた日数）です。
- ・1日の業務従事時間が短い場合についても、1日として算定できます。

9 「施設・事業所名」「所在地」

- ・受験申込者が所属している（していた）施設・事業所名等を正確に記入してください。
*例「特別養護老人ホーム〇〇」「〇〇老人デイサービスセンター」「〇〇実施要綱の〇〇事業の〇〇」等
- ・**所在地は本部、本社ではなく、所属先（勤務先）施設・事業所の住所を記入してください。**

10 「開設年月日（事業開始年月日）」

- ・当該施設・事業者が、都道府県知事等の許可・認可・承認・指定等を受けた日、事業開始の届け出を行った日を記入してください。

11 「職種」

- ・受験申込者の施設・事業所での**受験資格に該当する職種**について記入してください。
*例「介護従事者」「訪問介護員」「生活相談員」等

12 「施設等の種別及び業務内容」

- ・**受験申込者の本来業務（施設・事業所等の種別含む）**について、具体的に記入してください。
*例「訪問介護事業所における訪問先での食事、入浴、排泄介助を主とした介護業務」
「病院での入院患者の看護業務」「特別養護老人ホームでの食事、入浴、排泄介助を主とした介護業務」等

- ・「記入例」は切り取らずに証明書作成者にお渡しの上、必要な枚数をコピーして使用してください。
- ・「記入例」「記入方法」及び「本試験案内 (P13~15)」を必ずお読みの上、作成してください。

記入内容について確認する場合がありますので、提出する書類は必ず控え(コピー)を取ってください。

実務経験証明書 (平成29年度)

訂正をする場合は、訂正箇所^①に二重線を引き、訂正の上、必ずこの印を訂正印として押印すること

群馬県社会福祉協議会長 様

法人又は

施設・事業所の名称 **社会福祉法人まえばし**

所在地 **前橋市大手町1-1-1**

連絡先電話番号 **027-255-6600**

代表者 職・氏名 **理事長 前橋 一郎**

証明書作成者 職・氏名 **総務課人事課長 前橋 栄子**



「確定済」記入例 (裏面 見込記入例)

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。

必ず証明日を記入

証明日	平成 29 年 6 月 10 日		
区分	確定済 ・見込	※該当する方に○	
	※いずれかを○で囲まないと、確定済に○の再提出となります。		
氏名	群馬 花子		生年月日
			昭和 50 年 3 月 13 日
業務従事期間 (A+B)	5 年 1 ヶ月		業務に従事した日数 (a+b)
			1 2 2 4 日間

A	施設・事業所名	社会福祉法人まえばし まえばしヘルパーステーション		開設年月日 (事業開始年月日)	昭和 20 年 9 月 1 日
	所在地	前橋市大手町2 ※本部・本社の住所ではなく、所属先(勤務先)施設・事業所の住所		都道府県知事等の許可・認可・承認・指定等を受けた日、事業開始の届出を行った日を記入	
欄	職種	訪問介護員	施設等の種別及び業務内容	訪問介護事業所における訪問先での食事、入浴、排泄介助を主とした介護業務	
	業務従事期間	昭和 24 年 5 月 1 日～平成 26 年 4 月 30 日	業務従事期間A ※1ヶ月未満切り捨て	業務に従事した日数 a	4 8 0 日間
B	施設・事業所名	社会福祉法人まえばし 特別養護老人ホーム まえばし		開設年月日 (事業開始年月日)	昭和 平成 5 年 4 月 21 日
	所在地	前橋市大手町1-1-1 ※本部・本社の住所ではなく、所属先(勤務先)施設・事業所の住所		1ヶ月未満切り捨て休職期間除く	
欄	職種	介護従事者	施設等の種別及び業務内容	特別養護老人ホームでの食事、入浴、排泄介助を主とした介護業務	
	業務従事期間	昭和 平成 26 年 5 月 1 日～昭和 平成 29 年 6 月 10 日	業務従事期間B ※1ヶ月未満切り捨て	業務に従事した日数 b	7 4 4 日間

- ・一枚の用紙で複数の実務経験を証明できるのは、証明者が同一の法人の場合のみです。
- ・同一法人において、2カ所以上の事業所に異動した場合、若しくは業務内容が変わった場合の証明についてはA、B欄にそれぞれ記入してください。
- ・育児休業等、休職期間がある場合も休職期間を除いてA、B欄に記入してください。用紙が足りない場合はコピーをし、用紙毎に証明してください。
- ・勤務先が複数ある場合はそれぞれの実務経験証明書が必要になりますので、裏面も含め両面コピーをして使用してください。

管理者、事務局長等)とします。証明者は法人本部の証明権限を有する方とします。提出してください。電話番号、証明書作成者の職・氏名を必ず記入してください。**自書した場合も無効。**(個人開業者を除く。) **印で訂正してください。(修正液等の使用による訂正は無効。)**訂正の手段により登録を受けた場合は介護支援専門員としない旨

- ・「記入例」は切り取らずに証明書作成者にお渡しの上、必要な枚数をコピーして使用してください。
- ・「記入例」「記入方法」及び「本試験案内(P13~15)」を必ずお読みの上、作成してください。

記入内容について確認する場合がありますので、提出する書類は必ず控え(コピー)を取ってください。

実務経験証明書 (平成29年度)

訂正をする場合は、訂正箇所^①に二重線を引き、訂正の上、必ずこの印を訂正印として押印すること

群馬県社会福祉協議会長 様

法人又は

施設・事業所の名称 **上州 病院**

所在地 **前橋市新前橋町13-12**

連絡先電話番号 **027-255-6040**

代表者 職・氏名 **院長 群馬 太郎**

証明書作成者 職・氏名 **人事担当 高崎 花子**



「見込」記入例

（「見込」区分で提出した場合は、所定の期間満了後に「確定済」区分の証明書を提出してください。提出のない場合、受験無効となります。）

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。

必ず証明日を記入

証明日	平成 29 年 6 月 10 日
区分	確定済 ・ 見込 ※該当する方に○ ※いずれかを○で囲まないと、実務経験証明 見込 に○になります。

氏名	介護 利根子	生年月日	昭和 50 年 4 月 18 日
業務従事期間 (A+B)	5 年 0 ヶ月	業務に従事した日数 (a+b)	1200 日間

内 訳

入職が平成24年4月1日であっても、看護師免許証の登録日が4月28日の場合は登録日からの算定になります。

上州病院

前橋市新前橋町13-12

※本部・本社の住所ではなく、所属先(勤務先)施設・事業所の住

開設年月日 (事業開始年月日) **昭和 平成 10 年 7 月 1 日**

都道府県知事等の許可・認可・承認・指定等を受けた日、事業開始の届出を行った日を記入

欄	職 種	施設等の種別及び業務内容	病院での入院患者の看護業務	
	看護師			
	業務従事期間	※医師や看護師等、免許登録が必要となる方は、当該業務従事期間は登録日以降とすること。ただし介護福祉士の場合は登録日以前の介護等業務も含めることができます。	業務従事期間A ※1ヶ月未満切り捨て	業務に従事した日数 a
	昭和 平成 24 年 4 月 28 日 ~ 昭和 平成 26 年 4 月 30 日		2 年 0 ヶ月	480 日間

	施設・事業所名	開設年月日 (事業開始年月日)	昭和 平成 10 年 7 月 1 日	
	上州病院			
	所在地	前橋市新前橋町13-12		
	前橋市新前橋町13-12	※本部・本社の住所ではなく、所属先(勤務先)施設・事業所の住所を記入してください。		
B	職 種	施設等の種別及び業務内容	病院での入院患者の看護業務	
	看護師			
	業務従事期間	※医師や看護師等、免許登録が必要となる方は、当該業務従事期間は登録日以降とすること。ただし介護福祉士の場合は登録日以前の介護等業務も含めることができます。	業務従事期間B ※1ヶ月未満切り捨て	業務に従事した日数 b
	昭和 平成 26 年 10 月 1 日 ~ 昭和 平成 29 年 9 月 30 日		3 年 0 ヶ月	720 日間

休職期間(育児・療養・介護休業など)等がある場合は、休職期間前と休職期間後を分けて記入してください。

1ヶ月未満切り捨て休職期間除く

施設等の種別も含め、要援護者に対する直接的な対人援助業務を具体的に記入

- ・一枚の用紙で複数の実務経験を証明できるのは、証明者が同一の法人の場合のみです。
- ・同一法人において、2カ所以上の事業所に異動した場合、若しくは業務内容が変わった場合の証明についてはA、B欄にそれぞれ記入してください。
- ・育児休業等、休職期間がある場合も休職期間を除いてA、B欄に記入してください。用紙が足りない場合はコピーをし、用紙毎に証明してください。
- ・勤務先が複数ある場合はそれぞれの実務経験証明書が必要になりますので、裏面も含め両面コピーをして使用してください。

試験日の前日(10月7日)まで算入可
管理者、証明者は法人本部の証明権限を有する方とします。提出してください。
電話番号、証明書作成者の職・氏名を必ず記入してください。
に自書した場合も無効。(個人開業者を除く。)
の印」で訂正してください。(修正液等の使用による訂正は無効)。
不正の手段により登録を受けた場合は介護支援専門員としない旨