

(様式4)

・記入漏れや記入内容の不備・不明な箇所等ある場合、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。)

キリトリ線

実務経験証明書(令和8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	令和 年 月 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、実務経験証明書の再提出となります。

氏名	生年月日	昭和 平成 年 月 日
業務従事期間(A+B)	この用紙で証明する期間の合計を記入 年 月	業務に従事した日数(a+b)
		この用紙で証明する日数の合計を記入 日間

内 記

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、勤務先施設・事業所の住所を記入してください。		
	職 種	施設・事業所の種別		
		業 務 内 容		
業務従事期間	介護福祉士や看護師等、法定資格に基づく当該業務従事期間は登録日以降とすること。病体、育休等休職期間がある場合はA、B欄に休職期間前、休職期間後を分けて記入してください。	昭和 平成 年 月 日～ 令和 年 月 日	業務従事期間A ※1ヶ月未満切捨て 業務に従事した日数a 年 月 日 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、勤務先施設・事業所の住所を記入してください。		
	職 種	施設・事業所の種別		
		業 務 内 容		
業務従事期間	介護福祉士や看護師等、法定資格に基づく当該業務従事期間は登録日以降とすること。病体、育休等休職期間がある場合はA、B欄に休職期間前、休職期間後を分けて記入してください。	昭和 平成 年 月 日～ 令和 年 月 日	業務従事期間B ※1ヶ月未満切捨て 業務に従事した日数b 年 月 日 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。
- ・受検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。

キリトリ線

キリトリ線