

(様式4)

- ・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(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) 日間

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	昭和 平成 年 月 日～ 昭和 平成 年 月 日	業務従事期間A※1ヶ月未満切り捨て

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	昭和 平成 年 月 日～ 昭和 平成 年 月 日	業務従事期間B※1ヶ月未満切り捨て

※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、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。

(様式4)

- ・「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(P15~16)」を必ずお読みの上、作成してください。

実務経験証明書(令和8年度)

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。

- ・法人による証明の場合、法人の所在地、代表者名を記入
- ・施設・事業所による証明の場合、施設・事業所の所在地、代表者を記入

「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。

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** 職印

証明書作成者 職・氏名 **総務課人事課長 前橋 栄子**

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

必ず証明書作成者を記入

証明日	令和 8 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、再提出となります。

必ず証明日を記入

氏名	群馬 花子	生年月日	昭和 平成 50 年 3 月 13 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 5 年 1 ヶ月	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 1 2 2 4 日間

A 欄	施設・事業所名	開設年月日 (事業開始年月日)	昭和 平成 20 年 9 月 1 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	昭和 平成 3 年 5 月 1 日～ 昭和 平成 5 年 4 月 30 日	業務従事期間A※1ヶ月未満切り捨て

法定資格に基づく業務の場合、登録日以降の期間を記入

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。病休、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。

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

業務従事期間	昭和 平成 2 年 0 ヶ月	業務に従事した日数a	480 475 長ば社 印理ま福 事え社
--------	-------------------	------------	----------------------------------

B 欄	施設・事業所名	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	※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	昭和 平成 5 年 5 月 1 日～ 昭和 平成 8 年 6 月 10 日	業務従事期間B※1ヶ月未満切り捨て

1ヶ月未満切り捨て
休職期間除く

要援護者に対する直接的な
人援助業務を具体的に記入

※記入上の注意(裏面「実務経験証明書の記入方法」参照)

- ・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。

代表者、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。

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。)

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

キリトリ線

キリトリ線

キリトリ線