

【この用紙が複数必要な場合はコピーしてください。】

←切り離し可能。提出する際は、切り離してください。

受験申込者自筆無効
すべて証明者が記入してください

令和7年度

実務経験証明書

(岡山県介護支援専門員実務研修受講試験)

岡山県知事 殿

↓ 必ずご記入ください。

証 明 年 月 日

令和 年 月 日

証明者(事業所)の所在地

証明者(事業所)の名称

代表者役職名・代表者名

印

担当者の連絡先(TEL):

担 当 者 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。

1 確定

2 見込

受験申込者名	(生年 昭和 年 月 日) (月日 平成)
施設・事業所の種類・名称	種類
	名称
施設・事業所の所在地	
受験者の職種・業務 区分・業務内容	職種
	業務区分
	1 職種欄記載の免許・国家資格に基づく業務 2 相談援助業務 業務内容
上記業務への従事期間	昭和 年 月 日 ~ 昭和 年 月 日 (年 月間) 平成 年 月 日 ~ 平成 年 月 日 令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日 ※要援護者に対する対人の直接的な援助への従事期間(雇用期間とは必ずしも一致しない。)
うち業務への従事日数	日間

【留意事項】 証明書を発行する方へ: 作成の前に必ずお読みください。また、P16~18の記入例を参照してください。

ア この証明は、**施設・事業所の長(又は代表者)が作成**してください。その際、受験者が、主たる業務として受験資格に該当する業務(詳細は受験要項のP19~21参照)に従事している(していた)か十分確認してください。**太枠内の受験者の自書や修正液等による訂正は無効**です。訂正する場合は必ず二重線で該当箇所を消し、正しい内容を朱書きしてください。(訂正印は不要です)

イ この証明は、**施設・事業所ごとに作成**してください。同一の法人が運営する複数の施設・事業所の場合も、施設・事業所ごとの複数の証明が必要です。

ウ 施設・事業所の種類(記入例) 病院、診療所、障害者支援施設、特別養護老人ホーム

エ 「業務に従事した日数」は、上記期間内に**実際に勤務した日数**(休日、病休、産休等で業務に従事しなかった日や、実務経験の対象とならない業務に従事した日を除く日数)を記入してください。受験資格に定める日数(900日)を超えており、雇用契約で1か月あたりの勤務日数が定められている場合は、1か月あたりの勤務日数に、従事期間(月数)を乗じて算出してもかまいません。また、**1日の勤務時間が短い場合でも、1日として算定できます。**

オ 介護保険法(平成9年法律第123号)第69条の39第1項第2号の規定に基づき、**不正の手段**(この証明書に虚偽の記載を行うことが該当します)により登録を受けた場合は、**介護支援専門員の登録を削除されることがあります。**

次の証明書は無効となります。

- 受験申込者が自筆したもの ○消せるボールペンで書かれたもの ○証明者印のないもの
○証明内容の記入漏れ又は内容が不明なもの ○修正テープ等の使用による修正のあるもの