

(本様式は、両面コピーをして使用ください。)

兵庫県介護支援専門員実務研修受講試験 実務経験証明書

見込なし・見込あり・見込達成

(記入上の注意1参照)

社会福祉法人 兵庫県社会福祉協議会会長 様

施設又は事業所の
所在地及び名称

代表者 氏名

職印

(記入上の注意3参照)

担当 者 名
担当 者 連 絡 先

下記の者の介護支援専門員実務研修受講試験に係る実務経験は、以下のとおりであることを証明します。

①受験申込者氏名等 (本人が記入)

フリガナ			生年月日	昭和・平成	年	月	日
氏名 (旧姓)			昼間連絡先				
フリガナ							
現住所	〒 —						

②実務経験証明内容 (証明者が記入)

証明年月日	平成 年 月 日						
施設又は事業所名	※同一団体等であっても勤務施設・事業所が複数ある場合は、施設等毎に証明書を発行してください。						
所在地	〒 — ※本部・本社の所在地ではなく、勤務先・事業所の住所を記入してください。						
事業所番号							
開設年月日	昭和・平成 年 月 日						

③既に達成している実務経験期間 (証明者が記入)

直接対人援助業務 従事期間	昭和・平成 年 月 日 ~ 昭和・平成 年 月 日 《 年 カ月 日 》 ※産休・育休・病休等は、雇用契約が継続していれば1年以内は期間に含む。						
上記のうち業務に 従事した日数	日 ※休日、休暇、研修、退職等で業務に従事しなかった日は除いてください。						
施設等の種別 及び具体的な 職種名と業務内容	例) 特別養護老人ホームで介護職として直接対人援助業務を行っている。						

④見込期間が生じている実務経験期間 (証明者が記入)

直接対人援助業務 従事期間	昭和・平成 年 月 日 ~ 平成 年 月 日 《 年 カ月 日 》 ※産休・育休・病休等は、雇用契約が継続していれば1年以内は期間に含む。						
上記のうち業務に 従事した日数	日 ※休日、休暇、研修、退職等で業務に従事しなかった日は除いてください。						
施設等の種別 及び具体的な 職種名と業務内容	例) 訪問介護事業所で訪問介護員として直接対人援助業務を行っている。						

『実務経験証明書』を発行される事業者の皆様への記入上の注意事項

- 1 実務経験証明書（見込含む）を作成する際は、下記の記入上の注意事項を確認した上で作成してください。（「受験の手引」は、当所ホームページでご確認ください。<http://www.hyogo-f-kensyu.jp/>）
- 2 実務経験証明書（見込含む）に記入する内容は、必ず根拠（タイムカード・記録）に基づいて証明してください。就業状況等に関する書類等が保管されていないなど、受験申込者の直接対人援助業務従事期間や従事日数が曖昧な場合は、証明書を記入・発行しないでください。
- 3 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、介護支援専門員の登録を削除します。また、不実又は錯誤した内容を証明した実務経験証明書をもって受験し、合格した場合は、その合格を取り消します。

< 記 入 要 領 >

記 入 項 目	注 意 事 項
施設又は事業所名	受験申込者が勤務している（していた）施設等の名称を記入してください。同一法人・団体等であっても勤務先施設・事業所等が複数ある場合には、施設等ごとに証明書を発行してください。また、介護保険法に基づく指定事業所にあつては、事業所番号も記入してください。
開 設 年 月 日	当該施設・事業所が都道府県知事等の許可・認可・承認・指定等を受けた日、又は都道府県知事等への届け出を行った日を記入してください。なお、閉鎖した施設の場合は右の余白に閉鎖日を記入してください。
所 在 地	本部・本社の住所ではなく、勤務先の施設・事業所の所在地を記入してください。
直接対人援助業務従事期間	受験申込者が受験資格である「要援護者に対し、直接的な対人援助業務を行っていた期間」を記入してください。国家資格等を有していても、対人援助業務でない期間は算入できませんのでご注意ください。（例：訪問介護員の場合は身体介護のみ算定し生活援助は算定外、栄養士であっても厨房での発注・栄養計算のみの業務の場合は算定外） ※国家資格等に基づく業務の場合は、資格の登録日以降からの算定になります。 ※産休・育休・病休等は1年間は算定可能です。それを超える期間は除外してください。 ※事務職等の受験資格に該当しない従事期間は必ず除外してください。
上記のうち業務に従事した日数	休日、休暇（公休日を含む）、研修等で従事しなかった日を除いた日数（実際に受験資格に該当する勤務のあった実日数）を記入してください。 ※「従事した日数」は、1日の勤務時間が短くても1日として算定してください。
施設等の種別及び具体的な職種名と業務内容	受験申込者の本来業務について、施設種別・事業種別等も含めて具体的に記入してください。（例：病院で看護師として患者の看護に従事している、薬局で薬剤師として患者に処方箋の説明・相談業務を行っている、特別養護老人ホームで介護職として直接対人援助業務を行っている、訪問介護事業所で訪問介護員として直接対人援助業務を行っている等） ※同一施設等内で異動等により職種・業務内容が異なった場合は、各々の期間をそれぞれ証明してください。 職種名 については、施設・事業所等で実際に従事している職種名を記入してください。（例：看護師、薬剤師、MSW、生活相談員、介護職、サービス提供責任者、訪問介護員等）

(記入上の注意)

- 1 実務経験が見込でない場合は、表題右側の「見込なし」の文字を○で囲んでください。その場合は、④の項目は記入しないでください。
- 2 実務経験証明書を「見込あり」で提出された場合、実務経験の期間が満たされた後、実務経験証明書の表題右側の「見込達成」の文字を○で囲み、指定の期日までに簡易書留により提出する必要があります。指定の期日までに提出のない場合、受験は無効です。
- 3 証明印は証明権者の職印（代表者印）を押印ください（例：医療法人△△会○○病院長之印）。なお、職印がない事業所等の場合は、証明権者の実印を押印ください。
- 4 記入を誤った場合は、二重線で消して証明権者の職印を押印してください。修正液による修正がある証明書は無効です。
- 5 受験申込者が「証明者記入欄」に自署した場合、本証明書は無効となります。必ず証明権限を有する方が記入してください。
- 6 証明書の内容に不明な事項がある場合、当該証明書作成担当者に内容の照会・確認を行うことがあります。