

記入例3 (様式3の記入例)

実務経験証明書

1 見込期間なし 2 見込期間あり・3 見込期間満了

平成30年6月14日

社会福祉法人鳥取県社会福祉協議会長 様

証明者の所在地 鳥取市△△町××-×
証明者の名称 特別養護老人ホーム○○○
代表者名 施設長 ○○ ○○
0857-○○-△△△△ 印
(電話番号)
(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。

被証明者	名前	介護 花子	生年月日	昭和 50年1月27日 平成
施設又は事業所の名称 (所在地)	特別養護老人ホーム○○○ (鳥取市△△町××-×)			
業務期間	平成 20年4月1日～ 平成 23年 3月9日 (2年11月)			
上記のうち業務に従事 した日数	520 日			
業務内容 (所属と職種名等)	特別養護老人ホーム○○○ 介護職員			

証明権限を有する方へ (記入前に必ずご覧ください)

- 必ず、「1見込み期間なし」、「2見込み期間あり」、「3見込み期間満了」のうち、該当番号に○をつけてください。
- 被証明者の名前は、住民票に記載されている証明書作成時の名前を記入してください。
- 業務期間欄は、実務経験被証明者が要援護者に対する対人の直接的な援助を行っていた期間【**資格に基づく業務は、当該免許等の登録年月日以降の業務期間**】を記入すること。
- 業務内容欄は、実務経験被証明者の本来業務について、具体的に医業、○○施設生活指導員、老人○○センター介護職員等と記入すること。さらに、具体的に施設種別等 (特別養護老人ホーム、身体障害者療護施設、老人デイサービス事業、○○実施要綱の○○事業の○○等) を記入すること。
- 介護保険法 (平成9年法律第123号) 第69条の3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する**旨の規定が定められているのでご留意ください。
- この証明書は、**必ず所属長等の証明権限を有する人が記入してください。受験申込者が自書した場合は無効**となりますのでご注意ください。
- 証明書の内容を訂正する場合は、必ず証明者印による修正をお願いいたします。
(この証明書に記載されている個人情報については、この試験の運営管理のみに使用します。)

実務経験証明書

1 見込期間なし・2 見込期間あり・3 見込期間満了

平成 年 月 日

社会福祉法人鳥取県社会福祉協議会長 様

証明者の所在地

証明者の名称

代表者名

印

(電話番号)

(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。

被 証 明 者	名 前	生年月日	昭和 年 月 日 平成
施設又は事業所の名称 (所在地)			
業 務 期 間		年 月 日～ 年 月 日 (年 月)	
上記のうち業務に従事 した日数		日	
業 務 内 容 (所属と職種名等)			

証明権限を有する方へ (記入前に必ずご覧ください)

- 必ず、「1見込み期間なし」、「2見込み期間あり」、「3見込み期間満了」のうち、該当番号に○をつけてください。
- 被証明者の名前は、住民票に記載されている証明書作成時の名前を記入してください。
- 業務期間欄は、実務経験被証明者が要援護者に対する対人の直接的な援助を行っていた期間【**資格に基づく業務は、当該免許等の登録年月日以降の業務期間**】を記入すること。
- 業務内容欄は、実務経験被証明者の本来業務について、具体的に医業、〇〇施設生活指導員、老人〇〇センター介護職員等と記入すること。さらに、具体的に施設種別等 (特別養護老人ホーム、身体障害者療護施設、老人デイサービス事業、〇〇実施要綱の〇〇事業の〇〇等) を記入すること。
- 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する**旨の規定が定められているのでご留意ください。
- この証明書は、**必ず所属長等の証明権限を有する人が記入してください。受験申込者が自書した場合は無効**となりますのでご注意ください。
- 証明書の内容を訂正する場合は、必ず証明者印による修正をお願いいたします。

(この証明書に記載されている個人情報については、この試験の運営管理のみに使用します。)