

実務経験(見込)証明書

令和 年 月 日

島根県知事 様

証明者名称

印

代表者氏名

(電話番号) _____

(担当者氏名) _____

次のとおり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を証明します。

氏名・生年月日		昭和 平成	年	月	日生					
事業所(施設)名										
事業所(施設)所在地	〒 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>									
従事期間	昭和 平成 令和		年	月	日	～	昭和 平成 令和	年	月	日
	計 (年 月)									
※上記期間に長期休職期間を含む場合はその期間を記載										
従事日数										
業務内容	<input type="checkbox"/> 法定資格に基づく対人援助業務					<input type="checkbox"/> 相談援助業務				
法定資格										
施設種別										
職種										

- ・必ず「受験の手引」の「9.(2)受験資格」(3ページ)、「12. 受験申込に必要な提出書類等」(7ページ)及び「実務経験証明書記載例」(20ページ)を確認の上、記載してください。
- ・次の証明書は無効となります。
 - 受験申込者が自署したもの
 - 証明者印のないもの
 - 訂正印のないもの
 - 証明内容の記入漏れ又は内容に誤りがあるもの
 - 修正テープ等による修正のあるもの
- ・証明書の内容に不明な事項がある場合は、証明者に内容の照会、確認を行うことがあります。