

# 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
施設 又は 事業所	名称				
	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"/>			
	種別	<input type="checkbox"/> 病院 <input type="checkbox"/> 介護老人保健施設 <input type="checkbox"/> 介護老人福祉施設 <input type="checkbox"/> 介護医療院 <input type="checkbox"/> 通所介護 <input type="checkbox"/> 通所リハビリ <input type="checkbox"/> 訪問介護 <input type="checkbox"/> 訪問リハビリ <input type="checkbox"/> 薬局 <input type="checkbox"/> 地域包括支援センター <input type="checkbox"/> その他 ( )			
従事期間	昭和 平成 年 月 日 ~ 昭和 平成 年 月 日 令和 令和				
	計 ( 年 月 ) ※法定資格に基づく対人援助業務の場合、開始年月日は法定資格の登録日以降としてください。 ※上記期間に長期休職期間を含む場合はその期間を記載してください。 ※長期休職期間は、従事期間の計から減算してください。				
従事日数	日 ※休日、休暇、研修、休職等、該当する業務に従事しなかった日は除いてください。				
業務内容	<input type="checkbox"/> 法定資格に基づく対人援助業務(別表1) <input type="checkbox"/> 相談援助業務(別表2)				
法定資格 (別表1)					
職種	<input type="checkbox"/> 介護職員 <input type="checkbox"/> 看護職員 <input type="checkbox"/> 理学療法士 <input type="checkbox"/> 作業療法士 <input type="checkbox"/> 保健師 <input type="checkbox"/> 薬剤師 <input type="checkbox"/> (管理) 栄養士 <input type="checkbox"/> 機能訓練指導員 <input type="checkbox"/> その他 ( )				

・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」(26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。