

第2号様式(第5条関係)

※本証明書が不足する場合は、複写して使用してください。

令和6年度 三重県介護支援専門員実務研修受講試験

実務経験証明書

見込み・確定

証明日 令和6年 月 日

三重県社会福祉協議会 会長 様

施設又は事業所の所在地及び名称
(〒 -)

所在地

施設・事業所名

公印

代表者氏名

記入者氏名	
連絡先電話番号	() -

下記の者の実務経験は、以下の通りであることを証明します。

フリガナ		生年月日	1 大正 2 昭和 3 平成	年 月 日
受験者氏名	(※働いていた当時の氏名を記入してください。)			
施設又は事業所名	(※同一法人等であっても勤務先施設・事業所が複数ある場合は施設毎に証明書を発行してください。)			
種別				
所在地				
施設等開設年月日	昭和・平成・令和 年 月 日			
直接対人援助業務従事期間	昭和・平成・令和 年 月 日 ~ 昭和・平成・令和 年 月 日 (年 ヶ月)			
上記のうち業務に従事した日数	日 (※休日・休暇・休職・研修等で直接対人援助業務に従事しなかった日を除いた日数を記入してください。)			
職種名		受験資格コード		
業務内容	(※具体的な業務内容を記入してください。)			

注意事項

- 手書きで記入する場合は、黒のボールペンを使用してください。(消せるボールペン不可)
- 必ず団体・法人等の証明権限を有する方が記入してください。(受験申込者が自書した場合、本証明書は無効となります。)
- 記入者氏名・連絡先も必ず記入してください。
- 個人開業等により証明者と受験申込者が同一の場合、開業証明書、開設届等の写しを添付してください。
- 訂正する場合は二重線を引き、公印による訂正印を押してください。(修正液・テープ等使用不可)
- 公印のないものは無効となります。
- 本様式を「見込み」で提出した場合、実務期間・業務日数が確定次第、速やかに確定版を作成し、提出してください。

受験申し込みに当たって虚偽や不正があった場合、介護保険法により介護支援専門員実務研修受講試験の受験は無効となります。