

第29回佐賀県介護支援専門員実務研修受講試験

実務経験証明書

証明書発行日：令和8年 月 日

(佐賀県知事指定試験機関)

佐賀県社会福祉協議会会長 様

施設（事業所）所在地

施設（事業所）名

代表者職・氏名

印

（ 担当者職・氏名

担当者連絡先

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。

受 験 者 氏 名	(旧姓：) 【生年月日 昭和・平成 年 月 日】		
受 験 者 住 所	〒		
施 設 (事 業 所) 名			
施 設 (事 業 所) 所 在 地	〒		
業 務 従 事 期 間	昭和・平成・令和	昭和・平成・令和	
	年 月 日	～ 年 月 日	
	→資格登録日以降 (年 月 日間)		
	業務従事期間のうち育休・病休等の休職期間 年 月 日 ～ 年 月 日		
うち業務に従事した実日数 ・該当する項目を○で囲んでください。 ・900日未満の場合は具体的に日数を記入してください。	① 900日以上		
	② 900日未満 ⇨ 具体的に日数を記入 (日)		
業 務 内 容	施 設 (事 業 所) 種 別		
	従 事 し た 業 務 (名)		法 定 資 格 等

- (注) ① 証明書の発行日を必ず記入してください。
 ② 本様式が複数枚必要な場合はコピーするか、本会ホームページよりダウンロードしてご使用ください。
 ③ 訂正する場合は、**証明権者の公印**を押印の上、訂正してください。
 (修正液等による訂正は認めません。)
 ④ 証明書の内容に不明な事項がある場合は、当該証明書の担当者に内容の照会、確認を行う場合があります。

〔お問合せ先〕佐賀県社会福祉協議会 ☎0952-23-2206

裏面の【記入例】を参照の上、ご記入ください。