

【記入例】

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

(佐賀県知事指定
佐賀県社会福祉)

証明書発行日を記入し、
公印(施設長印・理事長印
等)を押印して下さい。

証明書発行日：令和8年6月28日

施設(事業所)所在地 佐賀市鬼丸町〇番〇号

施設(事業所)名 介護老人保健施設おにまる

代表者職・氏名 施設長 鬼丸 太郎

担当者職・氏名 事務長 鈴木 一郎

担当者連絡先 0952-〇〇-〇〇〇〇

介護老人
保健施設
おにまる
施設長之印

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	佐賀 桜子 (旧姓：) 【生年月日 (昭和)・平成 49年 8月 11日】	
受験者住所	〒840-0053 佐賀市朝日町〇丁目〇番〇号〇アパート〇号室	
施設(事業所)名	〇〇法人〇〇会 介護老人保健施設おにまる	
施設(事業所)所在地	〒840-0021 佐賀市鬼丸町〇番〇号	
業務従事期間	昭和・平成・(令和) 5年4月1日 ~ 昭和・平成・(令和) 8年6月28日 →資格登録日以降 (3年2月28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	① 900日以上 ② 900日未満 ⇨ 具体的に日数を記入 (720 日)	
業務内容	施設(事業所)種別	介護老人保健施設
	従事した業務(名)	介護業務
		法定資格等 介護福祉士

勤務時の氏名・住所と異なる場合は、現在の氏名・住所を記入してください。

(注) 施設(事業所)種別(例：特別養護老人ホーム、病院等)を記入し、従事した業務については具体的(例：介護業務、看護業務、〇〇業務等)に記入してください。

「法定資格等」欄には、介護福祉士、看護師等の資格名、相談援助業務の場合、生活相談員等の職種を記入してください。

- ・「業務従事期間」欄は、受験申込者が対人の直接的な援助を行う業務に従事していた期間を記入してください。
※法定資格に基づく業務の場合、資格登録証等の登録日以降が実務経験期間として有効になりますので、免許取得・登録日が入職日より遅い場合は、免許取得・登録日から証明書発行日までの期間を記入してください。
- ・「うち業務に従事した実日数」欄は、①~②の中から該当する項目を○で囲み、②900日未満の場合は具体的に日数を記入してください。(※休日、育休、病休、年休等で対人の直接的な援助に従事していない日は除く)