

実務経験を証明する事業所の方へ必ずお渡しください。

# 実務経験(見込)証明書 (令和6年度)

見込の場合は消さないでください。

令和 6 年 6 月 3 0 日

社会福祉法人  
高知県社会福祉協議会長 様

証明書発行時点で実務経験を満たしており、引き続き当該施設・事業所に勤務している場合は、下記の「業務期間」の末日を「証明書の発行日」と同日にしてください。

(施設・事業所の所在地及び名称)

〒780-0000

高知市〇〇町〇丁目〇番〇号

特別養護老人ホーム とさみずき園

(代表者氏名)

施設長 土佐 太郎

作成担当者氏名 ( 坂本 龍子 )

作成担当者電話 ( 088 - 〇△◇ - 〇▽◇△ )

とさみずき園施設印

受験者氏名	高知 花子 ( 昭和 平成 2 年 9 月 2 9 日生 )
-------	--------------------------------

上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。

施設又は事業所名	特別養護老人ホーム とさみずき園	
施設又は事業所名の所在地	〒780 高知市〇〇町〇丁目〇番〇号	国家資格業務の場合は、開始日は資格登録日以降となります。
業務期間	昭和 平成 元年 5 月 4 日 ~ 昭和 平成 6 年 6 月 3 0 日 (令和) (令和)	1カ月に満たない日数の端数は切り捨て
勤務期間	5 年 1 か月	

業務従事日数	いずれかひとつを〇で囲んでください。なお、2の場合は、日数を算出する日数を示してください。 ※休日、休暇、病気、退職等で従事しなかった日を除いた日数 ① 900日以上 2. その他( )日間	
業務内容	従事した職種(名)	介護福祉士
	施設・事業所の種別	特別養護老人ホーム

国家資格等に基づく場合は、国家資格等の名称を記入してください。  
受験要件に指定されている相談援助業務に従事していた場合は、施設等の種類に応じて「生活相談員」「支援相談員」「相談支援専門員」「主任相談支援員」と記入してください。

※記入方法については案内冊子、もしくは高知県社協 HP (<https://www.kochiken-shakyo.or.jp/>) の介護支援専門員ページ、試験案内の P31~33 をご確認ください。