

※一人(団体)につき、一枚の実務経験証明書が必要です。
 ※様式は、すべてコピーしてお使いください。

・この様式はコピーをして使用してください。または、本会のHPからダウンロードできます。
 ・証明内容についてお問い合わせする場合がありますので、証明者は写しを取って保管してください。

※受験番号

※受付番号

様式3

令和6年度長野県介護支援専門員実務研修受講試験

実務経験証明書

| | |
|-------|-------------------------------------|
| ① 証明日 | 令和6年6月3日 |
| ② 見込 | 見込 <small>期間・日数が足りていない場合のみ○</small> |

※見込の場合は確定し次第、再度提出してください。

| | | | | |
|----------|--|----------------|-------|------------------------------------|
| 社会福祉法人 | 資格審査においてご照会させて頂く場合がありますので、写しを取り、作成者様の氏名・ふりがな・連絡先を必ず記入してください。 | | | 社法人 ○○会 |
| 所在地 | 〒380-1234 長野市中御所○○町56 | | | |
| ④ 代表者 | 役職名 | 氏名 | | |
| | 理事長 | 上田 福祉 | | |
| ⑤ 証明書作成者 | 所属・役職名 | 氏名 | | 電話番号 |
| | 総務課 主査 | ふりがな(まつもと はなこ) | | 026-789-1234 (FAX 026-789-5678) |
| | | | 松本 花子 | |

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。

| | | | | |
|--|--------------------------------|--|------------------------|---|
| ⑥ 氏名 | 千曲 太郎 | | 生年月日 | 昭和・平成 62年 5月 23日 |
| ⑦ 施設・事業所名 | デイサービス ○○ | | ⑧ 施設・事業所の種別 | <input checked="" type="checkbox"/> 地域密着型 <input type="checkbox"/> 認知症対応型 通所介護 |
| ⑨ 介護保険・障害福祉サービス事業所番号 (病院・医院・市町村役場は記入不要) | 207123456 | | ※本会使用 | S・H・R 年 月 日 |
| ⑩ 事業所指定日 (医療施設・行政機関は記入不要) | 28年 4月 1日 | | ⑪ 左記職種の日 | S・H・R 31年 4月 1日 |
| ⑫ 職種名 | 生活相談員 兼 介護職員 | | ⑬ 資格取得・登録日 | S・H・R 1年 5月 20日 |
| ⑭ 国家資格等 | 介護福祉士 | | ⑮ 業務内容 | <input checked="" type="checkbox"/> 国家資格等に基づく業務 (実務経験コード A01~A21) <input type="checkbox"/> 相談援助業務 (実務経験コード B01~B09) |
| ⑯ 実務経験期間 | (開始日) ※上記ア・イ・ウの最も新しい日付から起算。 | (終了日) ※令和6年5月24日以降の場合、 在職証明書は省略。 | ⑰ 実務経験期間 | ※1カ月未満端数切捨て(備考)日 |
| ⑱ 直接対人援助業務 実務経験期間 | ア・イ・ウ 1年 5月 20日 | 他 S・H 6年 5月 31日 | ⑲ 従事日数 | 1,190 1,210 |
| | | | ⑳ 実務経験コード (P9~11参照) | A20 |

訂正した場合、代表印を押印

○実務経験期間の開始日は、アイウいずれか最も新しい日付から起算してください。(証明日から5年遡る場合は、この限りではありません。)
 この場合、ウの令和1年5月20日になります。

○見込期間は最大で試験日までの前日まで通算可能。
 ○令和6年5月24日以降の場合は、「在職証明書」を省略。
 ○確定済の場合は、証明日より先日付にならないようご注意ください。

(証明者の方へ)

- ・申込者本人が自署した場合、本書は無効となります。全て証明書作成者が記入してください。
- ・ペンまたはボールペン(消せるボールペン不可)で記入し、記入を誤った場合は修正テープは使用せず、その個所に—線を引き修正または削除し、証明書作成者の印ではなく、③の代表印を押印してください。
 代表者印の訂正印が無い場合、再提出が必要になります。(申込者の改ざんを防ぐため)

- ① 証明日 受付期間の令和6年5月24日(金)~6月30日(日)で証明した日付を記入してください。既に退職している・条件を満たしている場合、実務経験期間の終了日が先日付にならないよう注意してください。
- ② 見込 証明日の時点で、実務経験期間・従事日数が足りない場合、見込に○をしてください。
 この場合、実務経験期間は試験日の前日10月12日(土)まで通算することができます。
 見込み受験者は受験資格を満たした時点で見込に○をせず、実務経験証明書(様式3)を再度提出してください。
 なお10月23日(水) <消印有効>までに[確定済]の実務経験証明書が提出されない場合、審査・試験は無効となります。
- ③ 法人・施設・事業所名、代表印 証明印は公印(代表印)を使用してください。
 訂正した場合は—を引き、証明者の印ではなく、代表印を押してください。
 個人経営等で公印が無い場合は、役所等に書類を提出する際に使用する個人印を使用してください。



「実務経験証明書の記入をお願いする際に P26,27 をコピーし下記の欄を記入し、証明者にお渡しください」

氏名 国家資格 取得・登録年月日 昭・平・令 年 月 日

- ④ 代表者 役職名は代表者・理事長・事務局長・連合会長・市町村長・病院長など。 ⑭に記入してもらう
- ⑤ 証明作成者・氏名・電話番号・FAX 記入漏れや、記入内容に不備・不明な箇所がある場合は、内容を確認させていただき、必要に応じて書類の追加・再提出を依頼する場合があります。記入した実務経験証明書は写しを取り、保管してください。
- ⑥ 受験者氏名・生年月日 過去に勤務していた職員を証明する場合で、氏名に変更があり変更内容が確認できた場合は、変更後の氏名で証明してください。変更内容を確認できない場合は、勤務当時の氏名を記入してください。
- ⑦ 施設・事業所名 受験者が勤務している（していた）施設・事業所等の名称を記入してください。市町村役場、市町村社協等は部署名を記入してください。（例 ○○地域包括支援センター、○○課（福祉事務所）等）
- ⑧ 施設・事業所の種別 施設の種別・事業の種類を記入してください。
例）地域密着型介護老人保健施設、認知症対応型通所介護、看護小規模多機能型居宅介護、地域包括支援センター、医療施設、行政機関 等
- ⑨ 介護保険・障害福祉サービス事業所番号 介護保険法、障害福祉法に基づく事業所は、10桁の事業所番号を記入してください。（医療施設、行政機関は記入不要です）
- ⑩ ア 事務所指定日 直接的な対人援助業務は県・市町村の指定日以降になります。（医療施設、行政機関は記入不要です。）
- ⑪ 職種名 勤務先における職名を記入してください。
例）介護職員、訪問介護員、看護師、社会福祉士、生活相談員、支援相談員、生活相談員 兼 介護員、福祉活動専門員 等
- ⑫ イ 左記職種の業務開始日 ⑪で記入した職種における業務開始日を記入してください。
- ⑬ 国家資格 別紙A該当者のみ。別紙A（P9～10）を参照にし、記入してください。
- ⑭ ウ 資格取得・登録日 別紙A該当者のみ。実務経験期間の開始日は、資格取得日・登録日以降にしてください。
例）4月1日から病院に看護師（見習い）として勤務し、4月15日に看護師免許を交付された（資格の登録日）場合、実務経験期間の開始日は4月15日になり、4月1日～14日の期間は実務経験に通算できません。
- ⑮ 業務内容 必ずどちらかに☑をしてください。業務については、要援護者に対する直接的な対人援助業務が、当該資格の本来業務として明確に位置付けられていることが必要です。国家資格を有していても、要援護者に対する直接的な対人援助業務でない業務（教育・研究・営業・事務等）を行っている期間は実務経験には含まれません。
（非該当の例）
社会福祉士が行う介護業務（介護職員）、訪問介護員の生活援助のみのサービス提供、栄養士が行う献立作成と調理 等
- ⑯ 実務経験コード 別紙A・B(P9～11)を参照してください。
- ⑰ 実務経験期間 開始日・終了日
 - ・「開始日」は、「事業所指定日」・「法定資格の取得（登録）日」以降になりますので、上記⑩ア⑫イ⑭ウのいずれか最も新しい日付を起算日としてください。選択した記号に○をしてください。（証明日より5年遡る場合はこの限りではありません。他に○）
 - ・「終了日」がR6年5月24日以降の場合、申込現在、勤務地が長野県内と確認できるため「在職証明書」（様式5）は省略してください。証明日より先日付にならないよう注意してください。（この場合、6月4日以降にならないよう注意）（見込の場合を除く）
- ⑱ 実務経験期間 ⑰から計算した期間を記入してください。
注1）育休・介護・療養休暇・長期研修期間（1カ月以上）等は実務経験となりませんので、期間から除いてください。
注2）同一期間に重複して複数の施設・事業所に従事した場合、期間は通算できません。
注3）期間の計算方法 ⇒ 次の方法で月数を計算し、1カ月未満の端数を切捨てます。

| 区 分 | 計 算 例 | 計 算 方 法 |
|-----------------------|---------------------------------|-------------------|
| 月の初日から起算し、翌月の途中までの場合 | 4/1～5/10（1カ月間） 端数10日 | ⇒その月の末日までで1カ月間 |
| 月の途中から起算し、翌月に応答日がある場合 | 4/15～5/14（1カ月間）、7/31～8/30（1カ月間） | ⇒翌月の応答日の前日までで1カ月間 |
| 月の途中から起算し、翌月に応答日がない場合 | 1/31～2/28（1カ月間） | ⇒翌月の末日までで1カ月間 |

⑲ □900日間以上 この選択肢による証明は、次の場合のみ選択できるものとします。

従事日数の計算根拠となる「勤務記録簿」等が保存されていない等の理由で、受験希望者の正確な従事日数は計算できないが、関連する記録から明らかに必要従事日数を超過していることを証明できる場合。

- ⑳ 従事日数 実務経験期間のうち受験者が実際に受験資格に該当する勤務のあった日数を、「勤務記録簿」等の記録に基づいて正確な日数を記入してください。
注1）1日の勤務時間の長短にかかわらず、業務に従事した日は従事日数に通算できます。
注2）同一期間に重複して複数業務に従事した場合従事日数は通算できますが、1日に2カ所で業務に従事した場合、従事日数は1日になります。（場合により「従事日数内訳証明書」が必要になります。）
注3）休日・有休・産休・育休・介護・療養休暇・研修等で全日業務をしなかった日は通算できません。

様式 3

令和6年度長野県介護支援専門員実務研修受講試験

実務経験証明書

| | | | |
|-----|------|---------------------|---|
| 証明日 | 令和6年 | 月 | 日 |
| 見込 | 見込 | [期間・日数が足りていない場合のみ○] | |

※見込の場合は確定し次第、再度提出してください。

社会福祉法人 長野県社会福祉協議会 会長様

| | | | | |
|-------------|---------|----|---|------------|
| 法人・施設・事業所名称 | | | | (代表印) |
| 所在地 | 〒 - | | | |
| 代表者 | 役職名 | 氏名 | | |
| | | | | |
| 証明書作成者 | 所属・役職名 | 氏名 | | 電話番号 |
| | ふりがな() | | 印 | (FAX - -) |

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。

| | | | | | |
|----|------|-------|---|---|---|
| 氏名 | 生年月日 | 昭和・平成 | 年 | 月 | 日 |
|----|------|-------|---|---|---|

| | | | | | |
|--|---|--|--|------------------------------|---|
| 施設・事業所名 | | | | 施設・事業所の種別 | <input type="checkbox"/> 地域密着型 <input type="checkbox"/> 認知症対応型 |
| 介護保険・障害福祉サービス事業所番号 (病院・医院・市町村役場は記入不要) | | | | ※本会使用 | S・H・R 年 月 日 |
| | | | | ア 事業所指定日 (医療施設・行政機関は記入不要) | S・H・R 年 月 日 |
| 職種名 | | | | イ 左記職種の業務開始日 | S・H・R 年 月 日 |
| 国家資格等 | | | | ウ 資格取得・登録日 | S・H・R 年 月 日 |
| 業務内容 (必ず該当業務の口のどちらかに✓をしてください) | <input type="checkbox"/> 国家資格等に基づく業務 (実務経験コード A01～A21) | | <input type="checkbox"/> 相談援助業務 (実務経験コード B01～B09) | | 実務経験コード (P9～11参照) |
| | | | | | |
| 直接対人援助業務 実務経験期間 | (開始日) ※上記ア・イ・ウの最も新しい日付から起算。 | (終了日) ※令和6年5月24日以降の場合、 在職証明書は省略。 | 実務経験期間 ※1カ月未満端数切捨て (備考 日) | | ※従事日数の根拠となる「勤務記録簿」等が保存されていないが、関連する記録から明らかに必要従事日数を超過していることを証明できる場合のみ選択可 <input type="checkbox"/> 900日間以上 |
| | ア・イ・ウ・他 | | S・H 年 月 日 ~ R 年 月 日 | | 従事日数 日間 |

| | | | | | |
|--|---|--|--|------------------------------|---|
| 施設・事業所名 | | | | 施設・事業所の種別 | <input type="checkbox"/> 地域密着型 <input type="checkbox"/> 認知症対応型 |
| 介護保険・障害福祉サービス事業所番号 (病院・医院・市町村役場は記入不要) | | | | ※本会使用 | S・H・R 年 月 日 |
| | | | | ア 事業所指定日 (医療施設・行政機関は記入不要) | S・H・R 年 月 日 |
| 職種名 | | | | イ 左記職種の業務開始日 | S・H・R 年 月 日 |
| 国家資格等 | | | | ウ 資格取得・登録日 | S・H・R 年 月 日 |
| 業務内容 (必ず該当業務の口のどちらかに✓をしてください) | <input type="checkbox"/> 国家資格等に基づく業務 (実務経験コード A01～A21) | | <input type="checkbox"/> 相談援助業務 (実務経験コード B01～B09) | | 実務経験コード (P9～11参照) |
| | | | | | |
| 直接対人援助業務 実務経験期間 | (開始日) ※上記ア・イ・ウの最も新しい日付から起算。 | (終了日) ※令和6年5月24日以降の場合、 在職証明書は省略。 | 実務経験期間 ※1カ月未満端数切捨て (備考 日) | | ※従事日数の根拠となる「勤務記録簿」等が保存されていないが、関連する記録から明らかに必要従事日数を超過していることを証明できる場合のみ選択可 <input type="checkbox"/> 900日間以上 |
| | ア・イ・ウ・他 | | S・H 年 月 日 ~ R 年 月 日 | | 従事日数 日間 |

- 1 各欄の記入にあたっては、令和6年度受験案内を参照してください。
- ①「実務経験証明書の記入方法」(P26～27) ②「実務経験算定の具体例」(P30) ③「申込に関するQ&A」(P45～50)
- 2 「証明者」は法人・施設・事業所・機関・団体等の証明権限を持つ方とします。同一法人の経営する複数事業所での証明をする場合は、証明者は法人本部の証明権限を有する方とします。なお、職印は証明者の職名が分かる印鑑(代表印)を使用してください。証明内容を訂正した場合は——で訂正し、証明者の印ではなく、代表者印を押印してください。なお、修正テープ等による訂正は認められません。
- 3 不正の手段によって当該試験を受けた、又は受けようとした場合、合格決定を取り消し、又は受験することを禁止することがあります。(介護保険法第60条の31) 又、上記により合格を取り消された場合介護支援専門員の登録は取り消されます。(同法第69条の6第1項第4号)

令和6年度→
ケアマネ試験について

注意事項

| | | | | | |
|-------|-------------|---|---|----|---------------------------------|
| ※本会使用 | 通算実務経験期間・日数 | 年 | 月 | 日間 | <input type="checkbox"/> 900日以上 |
|-------|-------------|---|---|----|---------------------------------|