

※ 複数枚必要な方は、コピーしてお使いください。

平成 29 年度 神奈川県  
介護支援専門員実務研修受講試験 実務経験証明書

社会福祉法人 神奈川県社会福祉協議会会長 殿

—— 証 明 者 ——

(法 人 名)  
施設又は事業所の  
所在地及び名称  
代表者氏名  
電 話 番 号  
(担当者氏名)

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。

証 明 日	平成 年 月 日
氏 名	S・H 年 月 日生
施設又は事業所名	
所 在 地	
施設種別	【介護保険事業所番号】 【指定年月日 H 年 月 日】 【開設または事業開始年月日 S・H 年 月 日】
業務期間	年 月 日～ 年 月 日 (通算 年 か月) ※1ヶ月未満切捨て (上記のうち勤務実態がなく通算から除いた月 か月 )
上記のうち業務に従事した日数	日 (休日、休暇、病気、休職等で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)
業務内容 (職種名)	( ) ( )
受験該当事由	1. 国家資格等に基づく業務 2. 【別記1】( )の( ) 3. 【別記2】の( )

※申込者が自書した場合は無効となります（個人開業者を除く）ので、ご注意ください。

※ 上記の記載内容に記入漏れや不備・不明な箇所がある場合は、試験実施本部より内容の確認をさせていただき、必要に応じて書類の追加・再提出をしていただくことがありますので、あらかじめご承知おきください。

※ 不正の手段によって当該試験を受け、又は受けようとした場合は、介護保険法により合格決定を取消し、又は受験することを禁止することがあります。

※ 本証明に記載されている個人情報、試験の実施に利用します。合格者につきましては、実務研修実施のため、神奈川県への情報提供を行います。

切り取り