

※ 複数枚必要な方は、コピーしてお使いください。

平成 30 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) ※通算は、1ヶ月未満切捨て、勤務実態がない期間を除いた期間を記入 (勤務実態がない期間 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実勤務日数を記入
業務内容 (職種名)	※職種名 (施設運営基準等に基づく職種) と業務内容を具体的に記入
受験資格コード	1. 国家資格等に基づく業務 (): 登録日 年 月 日 2. 相談援助業務 ()

※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。