

実 務 経 験 証 明 書

番 年 月 号 日

徳 島 県 知 事 殿

所在地
施設名又は事業所名
代表者氏名
電話番号

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。

氏 名	(生年月日： 年 月 日)
受 験 者 住 所	〒 ー
施 設 又 は 事 業 所 名	
業 務 従 事 期 間	年 月 日 ~ 年 月 日 (年 月)
うち業務に従事した日数	日
業 務 内 容	

- (注) 1 業務従事期間欄は、実務経験被証明者が要援護者に対する対人の直接的な援助を行っていた期間を記入すること。
 2 業務内容欄は、実務経験被証明者の本来業務について、具体的に医師、看護師、〇〇施設生活指導員、〇〇事業所介護職員等と記入すること。さらに、具体的に施設種別等(特別養護老人ホーム、身体障がい者療護施設、老人デイサービス事業、〇〇実施要綱の〇〇事業の〇〇等)を記入すること。
 3 法令等に基づく免許、登録、研修修了証の発行を受けている者については、当該免許等の写しを添付すること。
 4 その他、本試験案内に基づく書類を添付すること。
 5 介護保険法(平成9年法律第123号)第69条の39第1項第2号により不正の手段により登録を受けた場合は、介護支援専門員の登録を消除する旨の規定が定められているので留意すること。
 6 見込証明となる場合は、表題の右に「見込」と朱書きすること。