

令和8年度 熊本県介護支援専門員実務研修受講試験
実務経験証明書 (確定した証明 ・ 見込による証明)

※ 証明書が確定分・見込分のどちらか にレ点を付けてください。
 ※ 下記、従事期間の終了日欄が証明日を超える場合は、 にレ点が無くても「見込による証明」とみなします。

一般財団法人 保健福祉振興財団 様

下記の者の実務経験について、以下の通り証明します。

なお、下記に記載した内容は、事実に基づいて記載したことを誓約します。

(必ず、『受験申込案内』の入力要領・入力例をよく読んでご記入ください。)

※整理番号

◆証明対象の受験申込者情報

フリガナ		証明日	令和 8年 月 日
氏名	姓 名	生年月日	昭和・平成 年 月 日生

◆証明者

法人等	法人等団体名				代表者印
	代表者	役職	氏名		
	住所	〒 -			
担当者	証明書作成担当者	役職	フリガナ		認印
			氏名		
	電話番号	- -			
	Eメールアドレス	@			

◆証明する実務経験

施設・事業所	名称	※ 同一法人であっても、勤務先施設・事業所や職種が異なる場合は、施設・事業所や職種ごとに証明書を発行してください。				
	住所	〒 - ※ 法人(本部等)の住所ではなく、実際に実務に従事している(していた)施設・事業所の住所を記入してください。				
	勤務先コード	K	介護保険・障害福祉サービス事業所番号			
業務	区分	業務コード	登録年月日	職種名		
	A. 法定資格に基づく業務	G	昭和 平成 令和 年 月 日			
	B. 施設等において必置とされている相談援助業務	G	-			
	※いずれかに○ ※別表A・Bをもとにコードを記入 主な業務内容 ※ いずれか1つを選択して該当する番号を記入。 要援助者に対する直接的な対人援助である、 1. 心身の状況に応じた介護業務 2. 相談援助に係る業務 3. 看護、准看護に係る業務 4. 診療等に係る業務 5. 機能訓練に係る業務 6. 施術等に係る業務 7. その他の業務 ※ 研究業務等、直接的な対人援助ではない業務は含まれません。 具体的な業務内容					
実務経験 ※該当業務に従事した期間を記入(雇用期間ではありません)	期間(年月日)		期間	日数		
	休業等の期間	病休・育休等	昭和 平成 令和 年 月 日 ~ 昭和 平成 令和 年 月 日 ①	年 月 日 ②	日	
		産前産後休暇	昭和 平成 令和 年 月 日 ~ 昭和 平成 令和 年 月 日	-	③	日
	昭和 平成 令和 年 月 日 ~ 昭和 平成 令和 年 月 日		※ ①を除く	年 月 日	※ ②・③を除く	
※【別表A】法定資格に基づく業務は、当該資格登録日以降に従事期間(開始日)となります ※「見込による証明」の場合、最長の従事期間(終了日)は 試験日前日(令和8年10月10日(土))まで です。						

- ★ 注意事項 ★
- ・ 受験申込者本人が作成した証明書は、無効です。必ず、法人等団体の証明権限を有する方が作成してください。
 - ・ 「見込による証明」を提出した場合、**令和8年10月30日(金) <必着>まで**に「確定した証明」を提出してください。

本受験申込みで知り得た個人情報、本試験関連業務以外には使用しません。