

介護職員実務経験証明書

令和 年 月 日

社会福祉法人群馬県社会福祉事業団
研修指導センター 所長 様

法人名 _____

施設・事業所所在地 〒 _____

施設・事業所電話番号 _____

施設・事業所代表者職・氏名 _____ 印

証明担当者職・氏名 _____

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
住所	〒 _____
従事期間 (A+B+C)	年 月 日から 年 月 日まで (年 月)
従事日数 (a+b+c)	日
施設・事業所名	
施設種別	
従事期間 A	年 月 日から 年 月 日まで (年 月)
従事日数 a	日
施設・事業所名	
施設種別	
従事期間 B	年 月 日から 年 月 日まで (年 月)
従事日数 b	日
施設・事業所名	
施設種別	
従事期間 C	年 月 日から 年 月 日まで (年 月)
従事日数 c	日
施設・事業所名	
施設種別	
従事期間 D	年 月 日から 年 月 日まで (年 月)
従事日数 d	日

※この証明書は介護福祉士資格取得後5年以上の実務経験(一部を除く)と、現在の勤務先(法人等)に3年以上勤務していることを証明するものです。

※申し込み時に記入していただいた個人情報、本研修事業でのみ使用いたします。

※裏面をご覧の上、ご記入をお願いします。

<備考>

- 1 現在職の同一法人(施設・事業所等)で5年以内に転職などで職場変更をされている方は、他法人(施設・事業所等)ごとに実務経験証明書に証明し、提出する必要があります
- 2 従事期間欄は、実務経験被証明者が介護職員(ホームヘルパー、ケアマネ業務含む)として従事していた期間を記入すること。
- 3 従事日数欄は、実際に業務に従事した日数を計算し、記入すること。
- 4 施設種別欄は、特別養護老人ホーム、介護老人保健施設、訪問介護事業者、認知症対応型共同生活介護等を、具体的に記入すること。
- 5 用紙が不足する場合は、原本をコピーしてご使用ください。

介護福祉士資格を取得後、現法人(施設・事業所等)で実務経験が5年以上ある方
→現法人(施設・事業所等)の実務経験証明書のみのご提出ください。

介護福祉士資格を取得後、現法人(施設・事業所等)で実務経験が3年以上5年未満で転職等により職場変更をしている方
→現法人(施設・事業所等)の他に、他法人(施設・事業所等)での実務経験証明書が必要です。

国家資格取得	他法人(施設・事業所等)で勤務していた	現法人(施設・事業所等)で勤務している
	介護福祉士として実務経験	3年以上5年未満の実務経験

介護福祉士資格を取得する際、実務経験3年・実務者研修を修了後に介護福祉士資格を取得し、実務経験が3年以上5年未満の方
→現法人(施設・事業所等)の実務経験証明書の提出と、国家試験受験前の実務経験を証明してください。

国家資格取得	他法人(施設・事業所等)で勤務していた	現法人(施設・事業所等)で勤務している
		介護福祉士として3年の実務経験

- ・実務経験研修修了
- ・実務経験3年以上

介護福祉士資格を取得し、現法人(施設・事業所等)で実務経験が3年に満たない方
→受講対象者の要件を満たしていないため、お申込みできません。