

実務経験(見込)証明書(令和3年度)

見込みの場合なら、このままで提出。確定している場合は、二重線で消してください。

令和3年 7 月 5 日

社会福祉法人
高知県社会福祉協議会長 様

証明書発行日時点で実務経験を満たしており、引き続き当該施設・事業所に勤務している方は、下記“業務期間”の末日を「証明書の発行日」と同日にしてください。

(施設又は事業所の所在地及び名称)

〒780-0000 高知市〇〇町〇丁目〇番〇号

特別養護老人ホームとさみずき園

(代表者氏名) 施設長 土佐 太郎 ㊞

作成担当者氏名 (坂本 龍子)

作成担当者電話 (0 8 8) 8 4 4 - 0 0 0 0

受験者氏名

高知 花子

(昭和・平成 47 年 9 月 29 日生)

上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。

施設又は事業所名	特別養護老人ホーム とさみずき園		国家資格に基づく業務で、勤務開始日以降に資格登録した場合、資格の登録日を記載してください。
施設又は事業所名の所在地	〒780-0000 高知市〇〇町〇丁目〇番〇号		
業務期間	昭和 平成 29 年 5 月 4 日 ~ 令和	昭和 平成 3 年 7 月 5 日 令和	勤務期間 4 年 2 か月
業務従事日数	いずれかひとつを○で囲んでください。なお、2の場合は、日数を記入してください。 ※休日、休暇、病気、休職等で従事しなかった日を除いた日数 ① 900 日以上 2. その他 () 日間		1 カ月に満たない日数の端数は切り捨ててください。
業務内容	従事した職種(名)	介護福祉士	
	施設・事業所の種別	特別養護老人ホーム	

※記入方法については案内冊子、もしくは高知県社協 HP (<https://www.kochiken-shakyo.or.jp/>) の介護支援専門員ページ、試験案内の P37~39 をご確認ください。

国家資格に基づく場合は、国家資格の名称を記載して下さい。受験要件に指定されている相談援助業務に従事する場合は、施設等の種類に応じて「生活相談員」「支援相談員」「相談支援専門員」「主任相談支援員」と記載してください。(詳しくは案内 P19)