|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 実務経験（見込）証明書（令和 7 年度）社会福祉法人高知県社会福祉協議会長　様令和　　７　　年　　　　月　　　　日

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 法　人　名 |  | 法人代表者・事業所長印又は実印 |
| 事業所名 | （法人として証明する場合は記入不要） |
| 法人又は事業所所在地 | 〒 | 印 |
| 法人代表者又は事業所長（役職・氏名） |  |
| 証明書作成者 | 所属・役職等 | 氏　名 |
|  |  |
| 証明書作成者連絡先電話番号 | （　　　　　　　　　　　　　）　　　　　　　　　　　－ |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| ① | 施設又は事業所名 |  |  |
| 業　務　内　容 | 従事した職種（名） |  |
| 施設・事業所の種別 |  |
| 直接対人援助業務期間 | 　　　　　　　　年　　　月　　　日～　　　　　　　　年　　　月　　　日まで |
| 従事期間　　　　　　　　　年　　　　　　か月　 |
| 業務従事日数 | ※上記従事期間のうち、休日・休暇・求職・研修等で従事しなかった日を除いた合計日数　　　１　900日以上　　　　　　２　（　　　　　　　　　　　　）　日 |

下記の者の実務経験は、以下のとおりことを証明します。

|  |  |
| --- | --- |
| 受験者氏名 | （　昭和・平成　　　　　年　　　月　　　日生） |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ② | 施設又は事業所名 |  |
| 業　務　内　容 | 従事した職種（名） |  |
| 施設・事業所の種別 |  |
| 直接対人援助業務期間 | 　　年　　　月　　　日～　　　　　　　　年　　　月　　　日まで |
| 従事期間　　　　　　　　　年　　　　　　か月 |
| 業務従事日数 | ※上記従事期間のうち、休日・休暇・求職・研修等で従事しなかった日を除いた合計日数　　　１　900日以上　　　　　　２　（　　　　　　　　　　　　）　日 |

 |

※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P31～33をご確認ください。