

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

見込の場合は消さないでください。

令和 7 年 月 日

法人名	社会福祉法人 とさみずき会	
事業所名	(法人として証明する場合は記入不要) 特別養護老人ホーム とさみずき園	
法人又は事業所 所在地	〒780-0000 高知市〇〇町〇丁目〇番〇号	
法人代表者又は事業 所長(役職・氏名)	施設長 土佐 太郎	
証明書作成者	所属・役職等	氏 名
	事務	坂本 龍子
証明書作成者連絡先電話番号	(088) 〇△◇ - 〇▽◇△	

証明書発行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場合は、下記の「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。

とさみずき園施設長之印

国家資格等に基づく場合は、**国家資格等の名称を記入**してください。

受験要件に指定されている相談援助業務に従事していた場合は、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」と記入してください。

以下のとおりことを証明します。

知 花子 (昭和 平成 2 年 9 月 29 生)

別養護老人ホーム とさみずき園

国家資格業務の場合は、開始日は資格登録日以降となります。

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

① 直接対人援助業務期間 令和 2 年 5 月 4 日～ 令和 7 年 6 月 30 日まで

従事期間 5 年 1 か月

1 月に満たない日数の端数は切り捨て

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

法人内の別事業所の実務経験がある場合は、②の欄にご記入ください。その場合の証明権者は法人代表者となりますのでご注意ください。①の欄で5年以上の業務期間と900日以上に従事期間がある場合は記入の必要はありません。

②	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。