

令和8年度山形県介護支援専門員実務研修受講試験

## 実務経験（見込）証明書

作成年月日 令和8年 6月17日

社会福祉法人 山形県社会福祉協議会長 様

法人の名称 社会福祉法人みちのく会

施設又は事業所の名称 特別養護老人ホーム 山形みちのく荘

代表者氏名 施設長 山形 二郎

公印

所在地 山形市松波二丁目〇番△号

電話番号 023-633-0000

記入担当者 人材さくら

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。

実施要領「5（1）対象者」の2号に該当する方は生活相談員等の職名を記入ください

氏名	山形 春夫 (生年月日 S59年12月3日)	法定資格等	介護福祉士
申込者の現住所	〒990-0021 山形市小白川町二丁目3-30 ハイツ△△ 202号室		
施設又は事業所名	特別養護老人ホーム 山形みちのく荘		
施設又は事業所の種別	※勤務先が福祉施設・事業所の場合のみ記載欄 特別養護老人ホーム（介護老人福祉施設） ※注1 (例：訪問介護、通所介護、認知症対応型共同生活介護、就労継続B、共同生活援助 等)		
施設又は事業所の所在地	〒990-9999 山形市松波二丁目〇番△号		
業務期間	(要援護者に対して直接的な援助を行った期間) S・H・R3年10月 6日～R8年10月10日（試験前日） ( 5年 0ヵ月となる見込み) ※注2 法定資格に基づく業務は当該免許登録日以降の期間で証明してください。 ※注3		
うち業務に従事した実日数	該当する日数に○を付けてください。900日に満たない場合は②に具体的な日数を記入してください。（休日、休暇、病気、出張、研修等で従事しなかった日は除く。） ①900日以上 ②その他（ 日）		
業務内容	要援護者に対する直接的な対人援助である、 <input checked="" type="checkbox"/> 心身の状況に応じた介護業務 <input type="checkbox"/> 相談援助に係る業務 <input type="checkbox"/> 看護、准看護に係る業務 <input type="checkbox"/> 診療等に係る業務 <input type="checkbox"/> 機能訓練に係る業務 <input type="checkbox"/> 施術等に係る業務 <input type="checkbox"/> その他の業務（ ） ※研究業務や事務業務等、直接的な対人援助でない業務は含まれません。		

※注1 勤務先が福祉施設・事業所ではない場合（病院、行政機関等）は記入不要です。

※注2 法定資格とは実施要領「5（1）対象者」の1号に該当する資格です。

※注3 業務期間は、産休等の期間も含まれます。