

令和8年度山形県介護支援専門員実務研修受講試験

実務経験証明書

作成年月日 令和8年 月 日

社会福祉法人 山形県社会福祉協議会長 様

法人の名称
 施設又は事業所の名称
 代表者氏名 公印
 所在地
 電話番号 — —
 記入担当者

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)	法定資格等
申込者の現住所	〒	
施設又は事業所名		
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 (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	〒	
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・R 年 月 日～S・H・R 年 月 日 (年 ヵ月) ※注1 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。	
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 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。	

【記入担当者の方へ】

- ・「記入例」および「作成上の注意」をよく読んで記入してください。(本書の「様式」等は山形県福祉人材センターホームページよりダウンロードすることができます。)
- ・上記の記載内容に、記入漏れや不備・不明な箇所がある場合は、本会より内容の確認を行い、必要に応じて書類の追加・再提出を依頼することがありますので、あらかじめご承知おきください。

※注1 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。

介護保険法(平成9年法律第123号)第69条の39第1項第2号により、不正の手段により登録を受けた場合は、介護支援専門員の登録を削除する旨の規定があります。