

令和6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6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 株式会社みちのくケアサービス

施設又は事業所の名称 憩いホーム山形みちのくの家

代表者氏名 代表取締役 山形 一郎

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

公印

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	山形 春子 (生年月日 S55年 1月 3日)
申込者の現住所	〒990-0021 山形市小白川町二丁目3-30 ハイツ△△ 201号室
施設又は事業所名	憩いホーム山形みちのくの家
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 小規模多機能型居宅介護事業所 ※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・R元年4月20日～S・H・R5年5月31日 (5年 1ヵ月) ※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)
役職及び業務内容	介護職員として利用者の介護業務に従事

※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。