

【この用紙が複数必要な場合はコピーしてください。】

←切り離し可能。提出する際は、切り離してください。

受験申込者自筆無効
すべて証明者が記入してください

令和7年度

実務経験証明書

(岡山県介護支援専門員実務研修受講試験)

岡山県知事 殿

↓ 必ずご記入ください。

証 明 年 月 日

令和 年 月 日

証明者(事業所)の所在地

証明者(事業所)の名称

代表者役職名・代表者名

印

担当者の連絡先(TEL):

担 当 者 名 :

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。

1 確定

2 見込

受験申込者名	(生年 昭和 年 月 日) (月日 平成)
施設・事業所の種類・名称	種類
	名称
施設・事業所の所在地	
受験者の職種・業務 区分・業務内容	職種
	業務区分
	1 職種欄記載の免許・国家資格に基づく業務 2 相談援助業務 業務内容
上記業務への従事期間	昭和 年 月 日 ~ 昭和 年 月 日 (年 月間) 平成 年 月 日 ~ 平成 年 月 日 令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日 ※要援護者に対する対人の直接的な援助への従事期間(雇用期間とは必ずしも一致しない。)
うち業務への従事日数	日間

【留意事項】 証明書を発行する方へ: 作成の前に必ずお読みください。また、P16~18の記入例を参照してください。

ア この証明は、**施設・事業所の長(又は代表者)が作成**してください。その際、受験者が、主たる業務として受験資格に該当する業務(詳細は受験要項のP19~21参照)に従事している(していた)か十分確認してください。**太枠内の受験者の自書や修正液等による訂正は無効**です。訂正する場合は必ず二重線で該当箇所を消し、正しい内容を朱書きしてください。(訂正印は不要です)

イ この証明は、**施設・事業所ごとに作成**してください。同一の法人が運営する複数の施設・事業所の場合も、施設・事業所ごとの複数の証明が必要です。

ウ 施設・事業所の種類(記入例) 病院、診療所、障害者支援施設、特別養護老人ホーム

エ 「業務に従事した日数」は、上記期間内に**実際に勤務した日数**(休日、病休、産休等で業務に従事しなかった日や、実務経験の対象とならない業務に従事した日を除く日数)を記入してください。受験資格に定める日数(900日)を超えており、雇用契約で1か月あたりの勤務日数が定められている場合は、1か月あたりの勤務日数に、従事期間(月数)を乗じて算出してもかまいません。また、**1日の勤務時間が短い場合でも、1日として算定できます。**

オ 介護保険法(平成9年法律第123号)第69条の39第1項第2号の規定に基づき、**不正の手段**(この証明書に虚偽の記載を行うことが該当します)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されることがあります。**

次の証明書は無効となります。

- 受験申込者が自筆したもの ○消せるボールペンで書かれたもの ○証明者印のないもの
○証明内容の記入漏れ又は内容が不明なもの ○修正テープ等の使用による修正のあるもの

【この用紙が複数必要な場合はコピーしてください。】

←切り離し可能。提出する際は、切り離してください。

受験申込者自筆無効
すべて証明者が記入してください

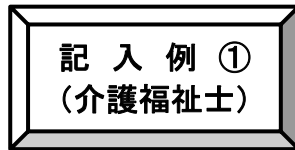
令和7年度

実務経験証明書

(岡山県介護支援専門員実務研修受講試験)

岡山県知事 殿

↓ 必ずご記入ください。



証明年月日

令和7年6月3日

証明者(事業所)の所在地

岡山市北区弓之町6-1

証明者(事業所)の名称

特別養護老人ホーム ももっち

代表者役職名・代表者名

施設長 旭 一郎

担当者の連絡先(TEL):

086-111-1111

担当者名:

総務部 備前 花子

代表者の印

《確定の証明書》

代表者と印は揃えるように
お願いします。

一例

施設長なら施設長印

取締役なら取締役印・社印

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。

1 確定

2 見込

受験申込者名	岡山 太郎 (生年 昭和 47 年 8 月 30 日 月 日 平成)
施設・事業所の種類・名称	種類 特別養護老人ホーム 名称 ももっち
施設・事業所の所在地	岡山市北区弓之町6-1
受験者の職種・業務 区分・業務内容 ※下記参照	職種 介護職員 業務区分 ①職種欄記載の免許・国家資格に基づく業務 2 相談援助業務 業務内容 特別養護老人ホームで介護福祉士として、主に食事、入浴、排泄等の介護業務を行っている
上記業務への従事期間	昭和 平成 令和 5 年 4 月 1 日 ~ 昭和 平成 令和 6 年 6 月 30 日 (1 年 3 月間) ※要介護者に対する対人の直接的な援助への従事期間(雇用期間とは必ずしも一致しない。)
うち業務への従事日数	300 日間

※職種・業務区分・業務内容について
業務区分「2 相談援助業務」とは、P20~P21に記載の相談援助業務に該当する場合を指します。
業務区分「2 相談援助業務」の場合は、職種が国家資格名になることはありません。
(職種:「社会福祉士」業務区分:「2 相談援助業務」は不可)
例 社会福祉士の資格を取得し、特別養護老人ホームで生活相談員として相談援助業務に従事
→職種:「社会福祉士」業務区分「1 免許・国家資格」に○
または 職種:「生活相談員」業務区分「2 相談援助業務」に○

日にちの端数は切り捨てて記入してください。
なお、複数の勤務先での従事期間の端数を合計しなければ5年間に足りない場合は、端数を合計するので、試験申込時にその旨をお申し出ください。

●業務内容(第1号及び第2号の区分)が異なる場合や、事業所名が異なる場合は、別葉で作成してください。
例 同じ事業所内で、ある期間は介護福祉士として介護業務、ある期間は生活相談員として勤務していた場合
例 職種・業務区分・業務内容は変わらないが、同じグループ内の組織でも、別の事業所で勤務していた場合

●業務内容が第1号区分の業務の場合は、免許・国家資格に基づく業務のため、
取得日(登録年月日)以降の期間のみ、証明の対象となります。

次の証明書は無効となります。

○受験申込者が自筆したもの ○消せるボールペンで書かれたもの ○証明者印のないもの
○証明内容の記入漏れ又は内容が不明なもの ○修正テープ等の使用による修正のあるもの

【この用紙が複数必要な場合はコピーしてください。】

←切り離し可能。提出する際は、切り離してください。

受験申込者自筆無効
すべて証明者が記入してください

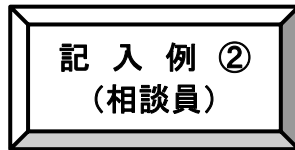
令和7年度

実務経験証明書

(岡山県介護支援専門員実務研修受講試験)

岡山県知事 殿

↓ 必ずご記入ください。



証明年月日

令和7年6月3日

証明者(事業所)の所在地 岡山市北区弓之町6-1

証明者(事業所)の名称 特別養護老人ホーム ももっち

代表者役職名・代表者名 施設長 旭 一郎

担当者の連絡先(TEL): 086-111-1111

担当者名: 総務部 備前 花子

代表者の印

《確定の証明書》

代表者と印は揃えるように
お願いします。

一例
施設長なら施設長印
取締役なら取締役印・社印

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。

1 確定

2 見込

受験申込者名	岡山 太郎	(生年 昭和 47 年 8 月 30 日) 月日 平成
施設・事業所の種類・名称	種類 特別養護老人ホーム 名称 ももっち	《注意》 施設・事業所の種類により、 職種が異なります。 詳しくは受験要項P20～P21を 確認してください。 例 種類 特養 → 職種 生活相談員 種類 老健 → 職種 支援相談員
施設・事業所の所在地	岡山市北区弓之町6-1	
受験者の職種・業務 区分・業務内容 ※下記参照	職種 生活相談員 業務区分 1 職種欄記載の免許・国家資格に基づく業務 ② 相談援助業務 業務内容 特別養護老人ホームにおいて生活相談員として相談業務に従事	
上記業務への従事期間	昭和 5 年 4 月 1 日 ~ 昭和 6 年 6 月 30 日 (1 年 3 月間) 令和 令和	
うち業務への従事日数	300 日間	

※職種・業務区分・業務内容について
業務区分「2 相談援助業務」とは、P20～P21に記載の相談援助業務
に該当する場合を指します。
業務区分「2 相談援助業務」の場合は、職種が国家資格名になる
ことはありません。
(職種:「社会福祉士」業務区分:「2 相談援助業務」は不可)
例 社会福祉士の資格を取得し、特別養護老人ホームで生活相談員と
して相談援助業務に従事
→職種:「社会福祉士」業務区分「1 免許・国家資格」に○
または 職種:「生活相談員」業務区分「2 相談援助業務」に○

日にちの端数は切り捨てて記入してください。
なお、複数の勤務先での従事期間の端数を合計
しなければ5年間に足りない場合は、端数を合計
するので、試験申込時にその旨をお申し出ください。

●業務内容(第1号及び第2号の区分)が異なる場合や、事業所名が異なる場合は、別葉で作成してください。
例 同じ事業所内で、ある期間は介護福祉士として介護業務、ある期間は生活相談員として勤務していた場合
例 職種・業務区分・業務内容は変わらないが、同じグループ内の組織でも、別の事業所で勤務していた場合

●業務内容が第1号区分の業務の場合は、免許・国家資格に基づく業務のため、
取得日(登録年月日)以降の期間のみ、証明の対象となります。

次の証明書は無効となります。

○受験申込者が自筆したもの ○消せるボールペンで書かれたもの ○証明者印のないもの
○証明内容の記入漏れ又は内容が不明なもの ○修正テープ等の使用による修正のあるもの

【この用紙が複数必要な場合はコピーしてください。】

←切り離し可能。提出する際は、切り離してください。

受験申込者自筆無効
すべて証明者が記入してください

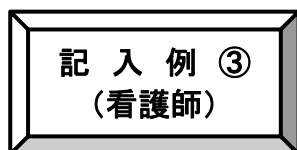
令和7年度

実務経験証明書

(岡山県介護支援専門員実務研修受講試験)

岡山県知事 殿

↓ 必ずご記入ください。



証明年月日

令和7年6月3日

証明者(事業所)の所在地 倉敷市羽島1083

証明者(事業所)の名称 医療法人白桃会 ももっち病院

代表者役職名・代表者名 院長 旭 一郎

担当者の連絡先(TEL): 086-222-2222

担当者名: 総務部 備前 花子

代表者の印

《見込の証明書》

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。

1 確定

2 見込

代表者と印は揃えるように
お願いします。

一例
施設長なら施設長印
取締役なら取締役印・社印

受験申込者名	岡山 太郎 (生年 昭和 47 年 8 月 30 日 月日 平成)
施設・事業所の種類・名称	種類 病院 名称 ももっち病院
施設・事業所の所在地	倉敷市羽島1083
受験者の職種・業務 区分・業務内容 ※下記参照	職種 看護職員 業務区分 ①職種欄記載の免許・国家資格に基づく業務 2 相談援助業務 業務内容 病棟で看護師として患者への看護業務を行っている (※病院での勤務の場合、外来か病棟かの記載もお願いいたします。)
上記業務への従事期間	昭和 平成 6 年 4 月 1 日 ~ 昭和 平成 7 年 10 月 11 日 (1 年 6 月間) (令和 令和)
うち業務への従事日数	370 日間

※職種・業務区分・業務内容について
業務区分「2 相談援助業務」とは、P20~P21に記載の相談援助業務に該当する場合を指します。この場合、国家資格(社会福祉士)を取得している場合であっても「2 相談援助業務」に○をつけるようにしてください。

業務区分が「2 相談援助業務」の場合は、職種が国家資格名になることはありません。

(職種:「社会福祉士」業務区分:「2 相談援助業務」は不可)

例 社会福祉士の資格を取得し、特別養護老人ホームで生活相談員として相談援助業務に従事

→職種:「生活相談員」業務区分「2 相談援助業務」に○

見込証明の場合は、試験前日までの
従事期間と従事日数を記入して
ください。

日にちの端数は切り捨てて記入してください。
なお、複数の勤務先での従事期間の端数を合計
しなければ5年間に足りない場合は、端数を合計
するので、試験申込時にその旨をお申し出ください。

●業務内容(第1号及び第2号の区分)が異なる場合や、事業所名が異なる場合は、別葉で作成してください。

例 同じ事業所内で、ある期間は介護福祉士として介護業務、ある期間は生活相談員として勤務していた場合

例 職種・業務区分・業務内容は変わらないが、同じグループ内の組織でも、別の事業所で勤務していた場合

●業務内容が第1号区分の業務の場合は、免許・国家資格に基づく業務のため、

取得日(登録年月日)以降の期間のみ、証明の対象となります。

次の証明書は無効となります。

○受験申込者が自筆したもの ○消せるボールペンで書かれたもの ○証明者印のないもの

○証明内容の記入漏れ又は内容が不明なもの ○修正テープ等の使用による修正のあるもの