

# 実務経験証明書

令和 年 月 日

一般社団法人北海道総合研究調査会  
理事長 五十嵐 智嘉子 様

法人又は事業所・施設等の名称

所在地  
(〒 ー )

代表者職名・氏名 \_\_\_\_\_ (印)

交付担当者氏名

連絡先電話番号 ー ー

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。なお、この内容が事実と異なることが判明した場合は、下記の者が受講決定を取り消されても異議はありません。

在勤時の 氏名 ※1	(昭・平 年 月 日生)
業務期間 及び 業務内容	事業所名
	業務期間 平成・令和 年 月 日 ~ 平成・令和 年 月 日 ( 年 か月)
	上記の事業所における職名 ※ [ ] 内の該当するものすべてに○を付けてください 〔 1. 管理者 2. 介護支援専門員 3. 社会福祉士 4. 保健師 5. 看護師 6. 介護職(介護員) 7. 相談員 8. その他 ( ) 〕
	上記の事業所における勤務形態 ※ [ ] 内の該当する方に○を付けてください 〔 1. 常勤 2. 非常勤 〕
	事業所名
	業務期間 平成・令和 年 月 日 ~ 平成・令和 年 月 日 ( 年 か月)
上記の事業所における職名 ※ [ ] 内の該当するものすべてに○を付けてください 〔 1. 管理者 2. 介護支援専門員 3. 社会福祉士 4. 保健師 5. 看護師 6. 介護職(介護員) 7. 相談員 8. その他 ( ) 〕	
上記の事業所における勤務形態 ※ [ ] 内の該当する方に○を付けてください 〔 1. 常勤 2. 非常勤 〕	

※1 氏名の変更があった場合は戸籍抄本を添付して下さい。

※2 業務期間は、現在も継続して勤務している場合、令和4年8月末日で記載してください。

※3 受講要件を満たす実務経験年数の証明をするうえで、記入欄が不足する場合や設置者が異なる複数の法人等から証明を受ける場合は、本様式をコピーし別途作成して下さい。

(本書式は右記 URL からダウンロードできます <http://www.hit-north.or.jp/care/>)

※4 同一期間に同一法人内の複数の事業所に所属していた、または同一事業所内で異なる期間に異なる職名で勤務していた場合、記入欄を分けて記載してください。

※5 管理者と介護支援専門員の兼務を専任期間として算定できるのは、居宅介護支援事業所の管理者に限ります。

※6 産休・育休・病休等の休職期間は、実務経験の期間として認められません。

## (記入の注意点)

- 法人または事業所の印を押印してください(個人印は不可)。
- 設置者が異なる複数の法人で勤務していた場合は、必ずそれぞれの法人から証明を受けてください。

実務経歴証明書		験証明書		験証明書	
令和*年*月*日 一般社団法人北海道総合研究調査会 理事長 五十嵐 智嘉子 様 法人又は事業所・施設等の名称 <b>社会福祉法人 A</b> 所在地 〒000-0000 **市**町**番**号 代表者職名・氏名 <b>理事長 ****</b> 交付担当者氏名 ***** 連絡先電話番号 ***-****-****		令和*年*月*日 人又は事業所・施設等の名称 <b>有限会社 B</b> 所在地 〒000-0000 **市**町**番**号 代表者職名・氏名 <b>代表取締役 ****</b> 交付担当者氏名 ***** 連絡先電話番号 ***-****-****		令和*年*月*日 人又は事業所・施設等の名称 <b>医療法人 C</b> 所在地 〒000-0000 **市**町**番**号 代表者職名・氏名 <b>理事長 ****</b> 交付担当者氏名 ***** 連絡先電話番号 ***-****-****	
下記の者の実務経歴は以下のとおりであることを証明します。		ことを証明します。		ことを証明します。	
在勤時の氏名 ※1 *** (◎)・平***年**月**日(生)	事業所名 <b>居宅介護支援事業所**</b> 業務期間(◎) <b>令和26年5月1日～(平成)令和26年8月31日(0年4か月)</b> 上記の事業所における職名 ※〔 〕内の該当するものすべてに○を付けてください (1.管理者 (2.介護支援専門員 3.社会福祉士 4.保健師 5.看護師 6.介護職(介護員) 7.相談員 8.その他( )) 上記の事業所における勤務形態 ※〔 〕内の該当する方に○を付けてください (1.常勤 (2.非常勤)	(◎)・平***年**月**日(生)	(◎)・平***年**月**日(生)	(◎)・平***年**月**日(生)	(◎)・平***年**月**日(生)
業務期間及び 業務内容	事業所名 <b>介護付有料老人ホーム**</b> 業務期間(◎) <b>令和26年9月1日～(平成)令和28年2月28日(1年6か月)</b> 上記の事業所における職名 ※〔 〕内の該当するものすべてに○を付けてください (1.管理者 (2.介護支援専門員 3.社会福祉士 4.保健師 5.看護師 (6.介護職(介護員) 7.相談員 8.その他( )) 上記の事業所における勤務形態 ※〔 〕内の該当する方に○を付けてください (1.常勤 2.非常勤)	日～ 年 月 日( 年 か月) の該当するものすべてに○を付けてください 社会福祉士 4.保健師 5.看護師 6.介護職(介護員) ) ) 内の該当する方に○を付けてください	日～ 年 月 日( 年 か月) の該当するものすべてに○を付けてください 社会福祉士 4.保健師 5.看護師 6.介護職(介護員) ) ) 内の該当する方に○を付けてください	日～ 年 月 日( 年 か月) の該当するものすべてに○を付けてください 社会福祉士 4.保健師 5.看護師 6.介護職(介護員) ) ) 内の該当する方に○を付けてください	日～ 年 月 日( 年 か月) の該当するものすべてに○を付けてください 社会福祉士 4.保健師 5.看護師 6.介護職(介護員) ) ) 内の該当する方に○を付けてください

## (記入例①)

現在も継続して勤務している場合、業務期間の終期は「令和4年8月末日」と記載してください。

重複する期間に同一法人内の複数の事業所に所属していた場合は、事業所ごとに記入欄を分けて記載してください。

事業所名 <b>居宅介護支援事業所**</b> 業務期間(◎) <b>平成 令和30年5月14日～平成(◎)令和4年8月末日(4年3か月)</b> 上記の事業所における職名 ※〔 〕内の該当するものすべてに○を付けてください (1.管理者 (2.介護支援専門員 3.社会福祉士 4.保健師 5.看護師 6.介護職(介護員) 7.相談員 8.その他( )) 上記の事業所における勤務形態 ※〔 〕内の該当する方に○を付けてください (1.常勤 2.非常勤)
事業所名 <b>グループホーム**</b> 業務期間(◎) <b>平成 令和29年5月1日～(平成)令和30年10月21日(1年5か月)</b> 上記の事業所における職名 ※〔 〕内の該当するものすべてに○を付けてください (1.管理者 (2.介護支援専門員 3.社会福祉士 4.保健師 5.看護師 (6.介護職(介護員) 7.相談員 8.その他( )) 上記の事業所における勤務形態 ※〔 〕内の該当する方に○を付けてください (1.常勤 2.非常勤)

常勤・非常勤のどちらかに必ず○をつけてください。

業務期間内に従事していた職名すべてに○をつけてください。

(記入例②)

同一事業所内で異なる期間に異なる職名や勤務形態で勤務していた場合は、記入欄を分けて記載してください。

事業所名	介護老人保健施設☆☆
業務期間	平成・令和 1年6月1日～平成・令和 3年7月13日 (2年1か月)
上記の事業所における職名	※ [ ] 内の該当するものすべてに○を付けてください 〔 1.管理者 2.介護支援専門員 3.社会福祉士 4.保健師 5.看護師 6.介護職(介護員) 7.相談員 8.その他( ) 〕
上記の事業所における勤務形態	※ [ ] 内の該当する方に○を付けてください 〔 1.常勤 2.非常勤 〕
事業所名	介護老人保健施設☆☆
業務期間	平成・令和 27年8月31日～平成・令和 1年5月30日 (3年9か月)
上記の事業所における職名	※ [ ] 内の該当するものすべてに○を付けてください 〔 1.管理者 2.介護支援専門員 3.社会福祉士 4.保健師 5.看護師 6.介護職(介護員) 7.相談員 8.その他( ) 〕
上記の事業所における勤務形態	※ [ ] 内の該当する方に○を付けてください 〔 1.常勤 2.非常勤 〕

常勤・非常勤のどちらかに必ず○をつけてください。

業務期間内に従事していた職名すべてに○をつけてください。

(記入例③)

現在も継続して勤務している場合、業務期間の終期は「令和4年8月末日」と記載してください。

同一の市町村で異なる期間に異なる部署・事業所で勤務していた場合、記入欄を分けて記載してください。

事業所名	介護保険課
業務期間	平成・令和 2年4月1日～平成・令和 4年8月末日 (2年5か月)
上記の事業所における職名	※ [ ] 内の該当するものすべてに○を付けてください 〔 1.管理者 2.介護支援専門員 3.社会福祉士 4.保健師 5.看護師 6.介護職(介護員) 7.相談員 8.その他( ) 〕
上記の事業所における勤務形態	※ [ ] 内の該当する方に○を付けてください 〔 1.常勤 2.非常勤 〕
事業所名	**町地域包括支援センター
業務期間	平成・令和 27年10月1日～平成・令和 31年3月31日 (3年6か月)
上記の事業所における職名	※ [ ] 内の該当するものすべてに○を付けてください 〔 1.管理者 2.介護支援専門員 3.社会福祉士 4.保健師 5.看護師 6.介護職(介護員) 7.相談員 8.その他( ) 〕
上記の事業所における勤務形態	※ [ ] 内の該当する方に○を付けてください 〔 1.常勤 2.非常勤 〕

常勤・非常勤のどちらかに必ず○をつけてください。

業務期間内に従事していた職名すべてに○をつけてください。