

《複数必要な場合はコピーをして使用してください。》

大阪府介護支援専門員実務研修受講試験  
実務経験証明書

一般財団法人大阪府地域福祉推進財団 理事長

所在地  
法人等団体名  
代表者職・氏名

印

担当者氏名  
連絡先電話番号

代表者印のない  
ものは無効

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。

証明年月日	令和 年 月 日	証明内容(※1)	見込・確定
受験者氏名(※2)		昭和 年 月 日生 平成	
事業所又は施設名	※同一団体等であっても勤務先施設・事業所が複数ある場合は、施設等毎に証明書を発行してください。		
事業所又は施設の所在地	(〒 - ) ※勤務先・事業所の所在地を記入してください。		
事業所番号	・介護保険制度、障害者総合支援制度の指定を受けている場合のみ番号を記入してください。		
事業所又は施設のサービス種別	・法令等に基づくサービス種別を記入してください。 (例 訪問介護、介護老人福祉施設、生活介護等)		
施設等開設年月日(事業開始年月日)	昭和・平成・令和 年 月 日 ※事業開始日、許可・認可・承認・指定等を受けた日を記入してください。		
業務期間	昭和・平成・令和 年 月 日 ~ 昭和・平成・令和 年 月 日 ・育児休暇期間のある受験者は、休暇取得前と休暇取得後の期間で2枚に分けて証明書を作成してください。 ・国家資格等に基づく業務は、国家資格等登録年月日以降の業務期間を記入してください。		
従事日数	日 ※休日、休暇等を除いて、実際に実務経験の対象となる業務に従事した日数を正確に記入してください。		
職種名	※各法令等の人員配置基準に基づく公的な名称を記入してください。		
業務内容(該当業務の□に✓を記入)(※3)	<input type="checkbox"/> 国家資格等に基づく直接対人援助業務(別表1)		
	国家資格等名称		
	国家資格等登録年月日	昭和・平成・令和 年 月 日	
	<input type="checkbox"/> 相談援助業務(別表2)		
受験資格コード(※3)			
備考欄			

注意事項

受験申込者が自書した場合、本証明書は無効となります。

団体・法人等の証明権限を有する方が記入してください。また、担当者氏名・連絡先も記入してください。  
訂正箇所には代表者印を押印してください。(本人印は無効)

- ※1・上記の証明年月日以降の期間も含めて証明する場合は、「見込」を○で囲んでください。見込による実務経験証明書を提出する受験者は、証明した業務期間が経過した後、試験要領記載の期日までに改めて「確定」した実務経験証明書を提出してください。提出しない場合は、受験無効となります。
- ※2・証明者と受験者が同一の場合は、開業許可書等の開設年月日を証明できる書類の写しを添付してください。  
・婚姻等により実務経験証明書と受験申込書の氏名が異なる場合は、戸籍抄本(原本)を添付してください。
- ※3・業務内容・受験資格コード番号は、第26回試験要領P14(別表1)・P15(別表2)  
又は大阪府地域福祉推進財団ホームページ(<https://www.fine-osaka.jp/jigyuu/cm-test/>)を参考にしてください。

**重要** 提出された実務経験証明書の内容や証明者等が、虚偽であることが判明した場合は、関係機関へ報告するとともに、試験日前に判明した場合は受験を認めず、試験後に判明し、合格者となった場合は合格を取り消します。また、記載事項の不備や確認等のために、必要に応じて証明者や事業所に照会・調査を行い、書類の追加、再提出をしていただく場合がありますので、ご了承ください。

## 記入例

《複数必要な場合はコピーをして使用してください。》

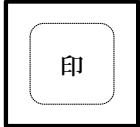
### 大阪府介護支援専門員実務研修受講試験 実務経験証明書

一般財団法人大阪府地域福祉推進財団 理事長

派遣社員の場合は、派遣元の法人代表者等が証明者となります。

所在地 大阪府大阪市中央区大手前〇-〇-〇  
法人等団体名 〇〇株式会社  
代表者職・氏名 代表取締役 難波花子

法人等の登録印を押してください。



問合せの際に必要となるため、必ず記入してください。

担当者氏名 総務課 梅田太郎  
連絡先電話番号 06-〇〇〇〇-〇〇〇〇

代表者印のないものは無効

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。

実際の証明日を記入してください。

必ずどちらかに〇をしてください。下記(※1)参照

証明年月日	令和 5 年 6 月 25 日	証明内容(※1)	見込・確定
受験者氏名(※2)	大阪 美咲	昭和 平成	57 年 1 月 1 日生
事業所又は施設名	〇〇デイサービスセンター		
事業所又は施設所在地	(〒 〇〇〇 - 〇〇〇〇 ) 大阪府大阪市中央区大手前〇-〇-〇		
事業所番号	2 7 〇 〇 〇 〇 〇 〇 〇 〇 〇 〇		
事業所又は施設のサービス種別	通所介護		
施設等開設年月日(事業開始年月日)	昭和・平成・令和 20 年 10 月 1 日		
業務期間	昭和・平成・令和 2 年 4 月 26 日 ~ 昭和・平成・令和 5 年 10 月 7 日		
従事日数	631 日		
職種名	介護職員		
業務内容(該当業務の□に✓を記入)(※3)	<input checked="" type="checkbox"/> 国家資格等に基づく直接対人援助業務(別表1)		
	国家資格等名称	介護福祉士	
	国家資格等登録年月日	昭和・平成・令和 20 年 4 月 20 日	
受験資格コード(※3)	1 0 0 0 0 0		

医療機関コードではありません。

証明年月日以降も証明する場合、実務経験として認められる期間は、試験日前日(10月7日)までとなります。

国家資格等に基づく業務の場合、資格登録日以前の業務期間は実務経験には含まれません。

**注意事項**

**受験申込** 団体・法人等 訂正箇所に入ります。

上記記載の事業所又は施設が既に廃止(閉鎖)している場合は、廃止日(閉鎖日)を、又、合併等の理由により、証明者と異なる法人の事業所又は施設を証明する場合は、理由や旧法人名、合併年月日等を詳しく備考欄に記入してください。

※1 上記の証明年月日以降の期間も含めて証明する場合は、「見込」を○で囲んでください。見込による実務経験業務期間が経過した後、試験要領記載の期日までに改めて「確定」した実務経験証明書を提出してください。  
 ※2 証明者と受験者が同一の場合は、開業許可書等の開設年月日を証明できる書類の写しを添付してください。婚姻等により実務経験証明書と受験申込書の氏名が異なる場合は、戸籍抄本(原本)を添付してください。  
 ※3 業務内容・受験資格コード番号は、第26回試験要領P14(別表1)・P15(別表2)又は大阪府地域福祉推進財団ホームページ(https://www.fine-osaka.jp/jigyou/cm-test/)を参考にしてください。