

《本様式は、両面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

様式ダウンロード  
記入例  
別表1・2  
Q&A



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	※同一法人等であっても勤務先施設・事業所が複数ある場合は、施設等ごと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。		
介護保険・障害福祉サービスの事業所番号	・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、特定施設入居者生活介護、生活介護等)		
事業開始年月日(施設等開設年月日)	昭和・平成・令和 年 月 日		
休止・廃止年月日	昭和・平成・令和 年 月 日 ※既に休止・廃止している場合は、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 ・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。 ・育児休業期間のある受験者は、休業取得前と取得後の期間で2枚に分けて証明書を作成してください。		
従事日数(業務期間の全日数ではありません)	上記業務期間のうち、休日、休暇等を除いた 実際の実務経験対象業務に従事した日数 → 日		
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29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。

《本様式は、両面コピーをして使用してください。》

記入上の注意事項

「実務経験証明書」を発行される事業者の皆様へ

- (1) 下記の記入上の注意事項を確認した上で作成してください。
- (2) 実務経験証明書に記入する内容は、必ず根拠書類（業務記録、出勤簿等）に基づいて証明してください。
- (3) 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、合格者であった場合は合格を取り消します。
- (4) 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を行い、書類の追加や再提出をしていただく場合があります。
- (5) 記入例等、表面にあるQRコードからご覧いただくことができます。
- (6) 実務経験証明書の様式は、財団ホームページからダウンロードすることができます。

記 入 項 目	注 意 事 項
証明者等	<ul style="list-style-type: none"> <li>・問合せの際に必要なため、担当者の氏名、部署名、連絡先電話番号等を必ず記入してください。</li> <li>・代表者印は、法人等の登録印（公印）を押してください。</li> <li>・個人事業主の場合は、通常役所等に書類を提出する際に使用する個人印を押してください。</li> <li>・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。</li> <li>・サービス付き高齢者向け住宅や有料老人ホームの入居者に対するサービスを提供する事業所（施設）等の証明者は、記入例を確認し記入してください。（表面のQRコード参照）</li> </ul>
事業所又は施設名	<ul style="list-style-type: none"> <li>・受験者が勤務している（していた）事業所（施設）等の名称を記入してください。</li> </ul>
事業所番号	<ul style="list-style-type: none"> <li>・介護保険法又は障害者総合支援法に基づく事業の場合のみ記入してください。</li> <li>・病院、歯科医院、薬局、整骨院等は記入する必要はありません。</li> </ul>
事業所又は施設のサービス種別	<ul style="list-style-type: none"> <li>・サービス種別を具体的に記入してください。</li> <li>（例）「訪問介護」「通所看護」「介護老人福祉施設」「特定施設入居者生活介護」「生活介護」「病院」「診療所」「薬局」「施術所」等</li> </ul>
事業開始年月日	<ul style="list-style-type: none"> <li>・施術所の場合は、保健所の収受印がある「施術所開設届」のコピーを提出してください。</li> </ul>
休止・廃止年月日	<ul style="list-style-type: none"> <li>・廃止事業所は、事業所の開設年月日を確認できる書類（指定通知書・開設届）のコピーを提出してください。（受験者にお渡しください。）</li> </ul>
業務期間	<ul style="list-style-type: none"> <li>・受験者が「要援護者に対する直接的な対人援助業務を行っていた期間」を記入してください。</li> <li>※国家資格等を有していても直接対人援助業務を行っていない期間は算入できません。</li> <li>※国家資格等に基づく業務の場合は、資格登録日以降からの算入となるため、登録前の業務期間は実務経験には含みません。</li> <li>※年次有給休暇、産前産後休業は業務期間に含みます。</li> <li>※介護休業、病気休業、育児休業期間等は業務期間に含みません。</li> <li>・証明年月日以降の業務を見込みで証明する場合は、受験要件を満たす日まで（試験前日までの期間）を記入してください。</li> <li>※必要な実務経験を満たし次第、確定した実務経験証明書を期限までに再度提出してください。（受験者にお渡しください。）</li> </ul>
従事日数	<ul style="list-style-type: none"> <li>・業務期間の全日数ではありません。</li> <li>・休日、休暇等を除く実際に実務経験対象業務に従事した日数を記入してください。</li> </ul>
職種名	<ul style="list-style-type: none"> <li>・受験者が事業所等で実際に従事している職種名を記入してください。「訪問介護員」「介護職員」「生活相談員」「看護師」等</li> <li>・社会福祉協議会の相談員は、記入例を確認し具体的に記入してください。（表面のQRコード参照）</li> </ul>
受験資格コード	<ul style="list-style-type: none"> <li>・受験資格コード一覧表（別表1・2）を確認し、記入してください。</li> </ul>
備考欄	<ul style="list-style-type: none"> <li>・「施設等の名称・所在地変更」や「運営法人の変更」等があった場合は、変更年月日と併せて記入してください。</li> <li>・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、合併年月日等の経緯がわかるように記入してください。</li> <li>・派遣社員の場合は、「派遣」と記入してください。</li> </ul>