

実務経験証明書

1 見込期間なし・2 見込期間あり・3 見込期間満了

令和8年 月 日

社会福祉法人鳥取県社会福祉協議会長 様

証明者の所在地

証明者の名称

代表者名

(電話番号)

(担当者名)

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。

被証明者	名前	生年月日	昭和 年 月 日 平成
施設又は事業所の 種別・名称	(事業所の種別)	(事業所の名称)	
施設又は事業所の 所在地	〒 -		
業 務 内 容	(職種名) <small>通称ではなく、人員配置基準に基づく公的な名称を記入してください</small>	(業務内容)	
業 務 期 間	※資格に基づく業務は当該免許等の登録年月日以降の期間をご記入ください。 年 月 日 ~ 年 月 日 (年 月)		
上記のうち業務に従事 した日数	日 (休日、休暇、研修、退職等で業務に従事しなかった日は除いてください)		

介護保険法（平成9年法律第123号）第69条の39第1項第2号により不正の手段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する旨の規定が定められていますのでご注意ください。

※証明書の内容に不明な点がある場合は、証明書作成にあたっての（上記）担当者に内容についての照会、確認を行うことがあります。

※この証明書に記載されている個人情報については、この試験の運営管理のみに使用し、保管期限終了後は適正な方法で破棄します。