

# 実務経験証明書

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・施設等の所在地及び名称  
(〒 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。

在勤時の 氏名 ※1	(大・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 年 月 日～ 年 月 日 ( 年 か月)
	上記の事業所における職種 ※ [ ] 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. 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 年 月 日～ 年 月 日 ( 年 か月)
上記の事業所における職種 ※ [ ] 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. 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、平成 29 年 10 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場合、記入欄を分けてすべ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。