

記入例
(2か所の実務経験を証明する場合)

実務経験証明書

※基礎研修受講開始時点までの実務経験用

群馬県知事 様

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。

訂正をする場合は、訂正箇所
に二重線を引き、訂正の上、
必ずこの印を訂正印として押印すること

記入内容について確認する場合がありますので、提出する書類は必ず控え(コピー)を取ってください。

法人又は

施設・事業所の名称 社会福祉法人群馬県

所在地 群馬県前橋市大手町1-1-1

連絡先電話番号 〇〇〇-〇〇〇-〇〇〇〇

代表者 職・氏名 理事長 群馬 太郎



必ず証明日を記入

証明日 令和 〇 年 〇 月 〇 日

氏名	前橋 花子	生年月日	昭和 平成 50年 3月 13日
業務従事期間(A+B)	3年 7ヶ月 39日	業務に従事した日数(a+b)	706日間

内 訳

A 欄	施設・事業所名	社会福祉法人群馬県 居宅介護支援事業所ぐんま		業務種別	<input type="checkbox"/> 相談支援業務 <input checked="" type="checkbox"/> 直接支援業務 (有資格) 資格名: 社会福祉主事任用資格 <input type="checkbox"/> 直接支援業務 (無資格) <input type="checkbox"/> 国家資格による相談・直接支援業務 国家資格名:
	所在地	群馬県赤城市赤城1-1-1 <small>※本部・本社の所在地ではなく、勤務先施設・事業所の所在地を記入してください。</small>			
	事業種別	居宅介護	業務内容	居宅介護サービス利用者の居宅において、食事・入浴・排泄介助を主とした介護業務	
	業務従事期間	昭和 平成 23年 4月 1日 ~ 昭和 平成 24年 2月 20日 令和		業務従事期間A	業務に従事した日数a
				0年 10ヶ月 20日	191日間
B 欄	施設・事業所名	社会福祉法人群馬県 デイサービスセンターぐんま		業務種別	<input type="checkbox"/> 相談支援業務 <input checked="" type="checkbox"/> 直接支援業務 (有資格) 資格名: 社会福祉主事任用資格 <input type="checkbox"/> 直接支援業務 (無資格) <input type="checkbox"/> 国家資格による相談・直接支援業務 国家資格名:
	所在地	群馬県榛名町榛名3-2-1 休職期間除く			
	事業種別	生活介護	業務内容	生活介護事業所において、食事・入浴・排泄介助を主とした介護業務	
	業務従事期間	昭和 平成 24年 6月 13日 ~ 昭和 平成 27年 3月 31日 令和		業務従事期間B	業務に従事した日数b
				2年 9ヶ月 19日	515日間

※記入上の注意 (裏面「実務経験証明書の記入上の注意」参照)

- ・実務経験証明者は、法人代表者(理事長、代表取締役等)とします。
- ・受講申込者が自書したものは無効となります(氏名、生年月日等部分的に自書した場合も無効)。(個人開業者を除く。)
- ・記入を誤った場合は、二重線で消し、この証明書に押印した職印で訂正してください(修正液等の使用による訂正は無効)。

実務経験要件に該当する業務の内容を具体的に記入

記入例 (休職期間がある場合) 実務経歴証明書

※基礎研修受講開始時点までの実務経歴用

群馬県知事 様

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。

訂正をする場合は、訂正箇所
に二重線を引き、訂正の上、
必ずこの印を訂正印として押印すること

記入内容について確認する場合がありますので、提出する書類は必ず控え（コピー）を取ってください。

法人又は

施設・事業所の名称 社会福祉法人群馬県

所在地 群馬県前橋市大手町1-1-1

連絡先電話番号 〇〇〇-〇〇〇-〇〇〇〇

代表者 職・氏名 理事長 群馬 太郎



必ず証明日を記入

証明日 令和 〇 年 〇 月 〇 日

氏名	前橋 花子	生年月日	昭和 平成 50年 3月 13日
業務従事期間 (A+B)	2年 0ヶ月 10日	業務に従事した日数 (a+b)	384日間

内 訳

A 欄	施設・事業所名	社会福祉法人群馬県 相談支援センターぐんま		業務種別	<input checked="" type="checkbox"/> 相談支援業務 <input type="checkbox"/> 直接支援業務 (有資格) 資格名: <input type="checkbox"/> 直接支援業務 (無資格) <input type="checkbox"/> 国家資格による相談・直接支援業務 国家資格名:
	所在地	群馬県妙義町妙義1-2-3 <small>※本部・本社の所在地ではなく、勤務先施設・事業所の所在地を記入してください。</small>			
	事業種別	相談支援	業務内容	相談支援事業所において、相談支援専門員のサービス等利用計画案作成の支援を行う	
	業務従事期間	病休等休職期間がある場合はA欄とB欄に休職期間前、休職期間後を分けて記入してください。 昭和 平成 令和 31年 4月 1日 ~ 平成 令和 2年 3月 31日		業務従事期間A	業務に従事した日数 a 190日間
B 欄	施設・事業所名	社会福祉法人群馬県 相談支援センターぐんま		業務種別	<input checked="" type="checkbox"/> 相談支援業務 <input type="checkbox"/> 直接支援業務 (有資格) 資格名: <input type="checkbox"/> 直接支援業務 (無資格) <input type="checkbox"/> 国家資格による相談・直接支援業務 国家資格名:
	所在地	群馬県妙義町妙義1-2-3 休職期間除く			
	事業種別	相談支援	業務内容	相談支援事業所において、相談支援専門員のサービス等利用計画案作成の支援を行う	
	業務従事期間	病休等休職期間がある場合はA欄とB欄に休職期間前、休職期間後を分けて記入してください。 昭和 平成 令和 3年10月 1日 ~ 平成 令和 4年10月 10日		業務従事期間B	業務に従事した日数 b 194日間

休職期間（育児・療養・介護休業など）等がある場合は、休職期間前と休職期間後を分けて記入してください。

実務経歴証明書の記入上の注意（参照）

（理事長、代表取締役等）と効となります（氏名、生年月日等部分的に自書した場合も無効）。（個人開業者を除く。）

基礎研修受講開始日の前日まで算入可

実務経験要件に該当する業務の内容を具体的に記入

記入を誤った場合は、二重線で消し、この証明書に押印した職印で訂正してください（修正液等の使用による訂正は無効）。