

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

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

社会福祉法人
群馬県
理事長
群馬 太郎

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。

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 8ヶ月 9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	☐ 相談支援業務 ☒ 直接支援業務（有資格） 資格名：社会福祉主任任用資格 ☐ 直接支援業務（無資格） ☐ 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 ※本部・本社所在地ではなく、勤務先施設・事業所の所在地を記入してください。					
	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	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。				業務従事期間A	業務に従事した日数a
	昭和 平成 令和	24年 4月 1日	～	昭和 平成 令和	25年 2月 20日	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	☐ 相談支援業務 ☒ 直接支援業務（有資格） 資格名：社会福祉主任任用資格 ☐ 直接支援業務（無資格） ☐ 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 ※本部・本社所在地ではなく、勤務先施設・事業所の所在地を記入してください。					
	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	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。				業務従事期間B	業務に従事した日数b
	昭和 平成 令和	25年 6月 13日	～	昭和 平成 令和	28年 3月 31日	2年 9ヶ月 19日	515日間

休職期間除く

※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

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

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

社会福祉法人
群馬県
理事長
印

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。

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	☒ 相談支援業務 ☐ 直接支援業務（有資格） 資格名： ☐ 直接支援業務（無資格） ☐ 国家資格による相談・直接支援業務 国家資格名：
	所在地	群馬県妙義村妙義1-2-3 ※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。				
	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 2年 4月 1日～ 昭和 令和 3年 3月 31日			業務従事期間A	
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	☒ 相談支援業務 ☐ 直接支援業務（有資格） 資格名： ☐ 直接支援業務（無資格） ☐ 国家資格による相談・直接支援業務 国家資格名：
	所在地	群馬県妙義村妙義1-2-3 ※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。				
	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 3年 10月 1日～ 昭和 令和 4年 10月 10日			業務従事期間B	

※記入上の注意（裏面「実務経験証明書の記入上の注意」参照）

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。(理事長、
代表者、
代表取締役
等)の
印を捺すこと

基礎研修修了日の前日まで算入可

※基礎研修申込時に実務経験見込証明書を提出した者は取扱いが異なるため、実務経験証明書裏面の「実務経験証明書の記入上の注意」を参照

実務経験要件に該当する業務の内容を具体的に記入