

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。

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。

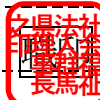
法人又は

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

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

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：社会福祉主事任用資格 ☐ 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	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。 昭和 平成 24年 4月 1日～昭和 平成 25年 2月 20日 令和			業務従事期間A	業務に従事した日数a 191 之場法社印 印 務 長 馬 太郎	
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：社会福祉主事任用資格 ☐ 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	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。 昭和 平成 25年 6月 13日～昭和 平成 28年 3月 31日 令和			業務従事期間B	業務に従事した日数b 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

※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。

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

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

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)	1年 10ヶ月 10日	業務に従事した 日数 (a+b)	370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	群馬県妙義町妙義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 平成 3年 3月 31日 令和 令和			業務従事期間A 1年 0ヶ月 0日	
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	群馬県妙義町妙義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 4年 10月 1日～ 昭和 平成 5年 8月 20日 令和 令和			業務従事期間B 0年 10ヶ月 20日	

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。

経験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）。