

必ず事業所の証明書作成者が作成してください。

区分 2

区分 3

区分 5

区分 7

介護福祉士国家試験
実務経験証明書
(兼 実務経験見込証明書)

(証明書作成日) 令和 年 月 日

公益財団法人 社会福祉振興・試験センター理事長 様

法人・施設・事業所名			法人格コード
所在地	〒		
電話番号	— —		
代表者	役 職	氏 名	
証明書作成者	所属・役職等	氏 名	

次の者は、以下のとおり介護福祉士国家試験の受験資格に係る「主たる業務が介護等の業務である」実務経験を有することを証明します。

フリガナ			<input type="checkbox"/> 昭和	年 月 日生
氏 名			<input type="checkbox"/> 平成	
本人住所	〒			
施設または事業所名	介護保険の事業所番号または障害福祉サービスの事業所番号(認定コード)			
施設(事業)種類			コード	
職 種(職名)			コード	
従業期間及び介護等の業務に従事した(する)日数	従業期間	① <input type="checkbox"/> 昭和・ <input type="checkbox"/> 平成・ <input type="checkbox"/> 令和	年 月 日から	
		② <input type="checkbox"/> 昭和・ <input type="checkbox"/> 平成・ <input type="checkbox"/> 令和	年 月 日まで	
	上記①から②までの日数		日	
介護等の業務に従事した(する)日数 (上記の従業期間の内、休暇・欠勤・出張・研修などの日を除いた日数)			日	

センター
使用欄

注意事項

- ① 実務経験証明書について、不実または錯誤した内容の記載をした場合、社会福祉士及び介護福祉士法第8条第1項及び第2項の規定により本人に対し試験を無効とする処分を行うとともに、さらに厚生労働大臣が期間を定めて介護福祉士国家試験を受けさせない処分をすることがあります。また、証明権者はそのてん末を報告しなければなりません。
 - ② 押印は不要です。訂正の場合は、二重線で訂正してください(訂正印は不要です)。
- ※ 本証明書の内容について、就労先、事業者等に無断で作成し又は改変を行ったときには、無効となり、刑法上の罪に問われる場合があります。