

介護等業務従事証明書

必ず事業所の作成担当者が記入・押印してください

(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 (13ページ参照)
所在地	〒										
電話番号	—										職 印
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「介護福祉士養成施設を卒業した者に対する資格取得の特例の取扱いについて」（平成29年4月20日社援発0420第4号厚生労働省社会・援護局長通知）の「1 介護等の業務の範囲」に規定する介護等の業務に従事したことを証明します。

フリガナ											☐ 昭和 ☐ 平成	年 月 日生
届 出 者 氏 名												
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 (14～19ページ参照)											コード	
職 種（職 名） (14～19ページ参照)											コード	
従 事 期 間 及 び 介 護 等 の 業 務 に 従 事 し た 日 数 (7～10ページ参照)	(注1)	①	☐ 平成 ☐ 令和		年		月		日から			
	従 事 期 間	②	☐ 平成 ☐ 令和		年		月		日まで			
		上記①から②までの日数								日		
	(注2) 介護等の業務に従事した日数 (上記の従事期間の内、休暇・欠勤・出張・研修などの日を除いた日数)											日

(注) 1 従事期間には、介護等の業務に該当する施設（事業）種別・職種で採用した日から資格登録有効期限日（又は退職日）までを記入してください。

2 介護等の業務に従事した日数とは、介護等の業務に携わった日数のことです。1日の勤務時間数は問いません。介護等の業務に携わらなかった日数は対象外です。

証明権限を有する代表者の方へ

記載事項を訂正する場合は、必ず証明権限を有する代表者の職印で訂正してください。証明書作成者の認印、修正液等で修正したものは証明書として無効となります。

用紙が不足する場合は、コピーした用紙を使用してください

この介護等業務従事証明書を証明権限を有する代表者（理事長、施設長等）に作成してもらう時は、この証明用紙と「変更登録の手引」を見せて証明してもらってください。