

# 実務経験(見込)証明書

### 記載例①

確定した内容の実務経験  
証明書を提出する場合

理事長 様

(見込)を二重線  
で消してください。

証明者の名称  
及び所在地  
代表者 職・氏名

特別養護老人ホーム 銀河苑  
盛岡市永井1-2-3  
施設長 若手 太郎



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。

証明年月日	令和 5 年 6 月 21 日	※本証明書を作成した日付を必ず記入してください。 試験案内配布開始日(5月19日)より前の証明年月日は無効となります。	
受験者氏名	盛岡 花絵	生年月日	S・H 58年3月4日
受験者住所	盛岡市本町通5丁目20		

現在も就業中の場合、  
業務期間の最終日は、  
証明書作成日を記入し  
てください。

事業所等の連絡先 (電話番号) 019-638-1234		事務 福祉花子	
①区分コード	1104	試験案内P8の区分コードの中から該当するものを選択してください。 ・法定資格に基づく業務の場合は001から0020となります。 ・相談援助業務の場合は1101から1109となります。	
②事業所の種別	養護老人ホーム	③事業所番号	301234567
④事業所名称	特別養護老人ホーム 銀河苑	⑤事業(施設等)の 開始年月日	S・H・R 14年4月1日
⑥職種名	生活相談員	⑦業務内容	相談援助業務
⑧業務期間	H・R 29年4月15日から (R) 5年6月21日まで 業務期間 6年2ヶ月7日 (産休・育休・病休を取得した場合は、 備考欄にその期間を記入のこと。)		
⑨業務従事日数	1,570 日	⑧の業務期間中、実際に当該業務に従事した日数 (休日、休暇、病欠等を除いた日数)	
⑩備考	業務期間の開始日は事業開始年月日 以降で記入してください。		

実務経験期間がある場合は以下に記載してください。

①区分コード	下のうちから該当するものを選択してください。 ・法定資格に基づく業務の場合は0001から0020となります。 ・相談援助業務の場合は1101から1109となります。		
②事業所の種別		③事業所番号	
④事業所名称		⑤事業(施設等)の 開始年月日	S・H・R 年 月 日
⑥職種名		⑦業務内容	
⑧業務期間	H・R 年 月 日 から H・R 年 月 日 まで 業務期間 年 月 日 (産休・育休・病休を取得した場合は、 備考欄にその期間を記入のこと。)		
⑨業務従事日数		⑧の業務期間中、実際に当該業務に従事した日数 (休日、休暇、病欠等を除いた日数)	
⑩備考			

①区分コード	試験案内P8の区分コードの中から該当するものを選択してください。 ・法定資格に基づく業務の場合は0001から0020となります。 ・相談援助業務の場合は1101から1109となります。		
②事業所の種別		③事業所番号	
④事業所名称		⑤事業(施設等)の 開始年月日	S・H・R 年 月 日
⑥職種名		⑦業務内容	
⑧業務期間	H・R 年 月 日 から H・R 年 月 日 まで 業務期間 年 月 日 (産休・育休・病休を取得した場合は、 備考欄にその期間を記入のこと。)		
⑨業務従事日数		⑧の業務期間中、実際に当該業務に従事した日数 (休日、休暇、病欠等を除いた日数)	
⑩備考			

- 記載にあたっては、「(様式3)実務経験(見込)証明書」の作成について(試験案内P46)を確認し、必要事項を漏れなく記入してください。
- 証明者が異なる場合は、別の用紙に記入してください。
- 証明者は、事業所又は施設を開設する法人としてください。
- 受験申込者が自署した証明書は無効とします(証明者と被証明者が同一の場合を除く)。
- 「業務期間」は、受験申込者が要援護者に対する対人の直接的な援助等を行っていた期間を記入してください。
- 2ヶ所以上の実務経験証明書が必要な場合は、この様式をコピーして使用してください。

# 実務経験(見込)証明書

## 記載例②

「見込」で実務経験証明書を提出する場合

理事長 様

証明者の名称  
及び所在地

医療法人 南部会  
徳沢市松園9-8-7

代表者 職・氏名

理事長 南部 一郎



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。

証明年月日	令和 5 年 6 月 21 日	※本証明書を作成した日付を必ず記入してください。 試験案内配布開始日(5月19日)より前の証明年月日は無効となります。	
受験者氏名	盛岡 花絵	生年月日	S・H 58 年 3 月 4 日
受験者住所	盛岡市本町通5丁目20		

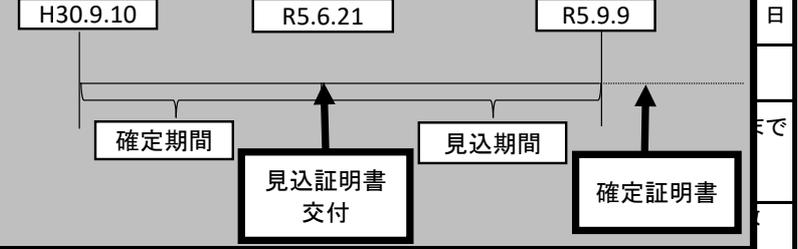
事業所等の連絡先		(電話番号) 019-667-5500	(担当者名) 総務課 福祉花子
①区分コード	0009	試験案内P8の区分コードの中から該当するものを選択してください。 ・法定資格に基づく業務の場合は0001から0020となります。 ・相談援助業務の場合は1101から1109となります。	
②事業所の種別	通所リハビリテーション	③事業所番号	301234567
④事業所名称	馬っこクリニック	⑤事業(施設等)の開始年月日	S・H・R 14 年 4 月 1 日
⑥職種名	作業療法士	⑦業務内容	作業療法
⑧業務期間	H・R 30 年 9 月 10 日から H・R 5 年 9 月 9 日まで 業務期間 5 年 0 ヶ月 0 日 (産休・育休・病休を取得した場合は、備考欄にその期間を記入のこと。)		
⑨業務従事日数	1,167	⑧の業務期間中、実際に当該業務に従事した日数 (休日、休暇、病欠等を除いた日数)	
⑩備考			

※証明者が同じ場合で、複数

①区分コード		試験案内P8の区分コードの中から該当するものを選択してください。 ・法定資格に基づく業務の場合は0001から0020となります。 ・相談援助業務の場合は1101から1109となります。
②事業所の種別		
④事業所名称		
⑥職種名		
⑧業務期間	H・R 年	
⑨業務従事日数		
⑩備考		

業務期間は、試験前日の10月7日まで算定できます。ただし見込期間を経過し、要件を満たした時点で、改めて確定した内容の「実務経験証明書」を提出してください。

【提出期限】 10月20日(金)消印有効



①区分コード		試験案内P8の区分コードの中から該当するものを選択してください。 ・法定資格に基づく業務の場合は0001から0020となります。 ・相談援助業務の場合は1101から1109となります。
②事業所の種別		③事業所番号
④事業所名称		⑤事業(施設等)の開始年月日
⑥職種名		⑦業務内容
⑧業務期間	H・R 年 月 日から H・R 年 月 日まで 業務期間 年 月 日 (産休・育休・病休を取得した場合は、備考欄にその期間を記入のこと。)	
⑨業務従事日数		⑩の業務期間中、実際に当該業務に従事した日数 (休日、休暇、病欠等を除いた日数)
⑩備考		

- 記載にあたっては、「(様式3)実務経験(見込)証明書」の作成について(試験案内P46)を確認し、必要事項を漏れなく記入してください。
- 証明者が異なる場合は、別の用紙に記入してください。
- 証明者は、事業所又は施設を開設する法人としてください。
- 受験申込者が自署した証明書は無効とします(証明者と被証明者が同一の場合を除く)。
- 「業務期間」は、受験申込者が要援護者に対する対人の直接的な援助等を行っていた期間を記入してください。
- 2ヶ所以上の実務経験証明書が必要な場合は、この様式をコピーして使用してください。

# 実務経験(見込)証明書

### 記載例③

同じ施設内で、職種変更の履歴がある場合

理事長 様

証明者の名称  
及び所在地

医療法人 南部会  
徳沢市松園9-8-7

代表者 職・氏名

理事長 南部 一郎



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。

証明年月日	令和 5 年 6 月 21 日	※本証明書を作成した日付を必ず記入してください。 試験案内配布開始日(5月19日)より前の証明年月日は無効となります。	
受験者氏名	盛岡 花絵	生年月日	(S)・H 58 年 3 月 4 日
受験者住所	盛岡市本町通5丁目20		

事業所等の連絡先		(電話番号) 019-667-5500	(担当者名) 総務課 福祉花子
①区分コード	0007	試験案内P8の区分コードの中から該当するものを選択してください。 ・法定資格に基づく業務の場合は0001から0020となります。 ・相談援助業務の場合は1101から1109となります。	
②事業所の種別	病院	③事業所番号	
④事業所名称	山百合病院	⑤事業(施設等)の開始年月日	(S) H・R 60 年 4 月 1 日
⑥職種名	准看護師	⑦業務内容	看護業務
⑧業務期間	(H) R 29 年 10 月 1 日 から (H) R 3 年 4 月 8 日 まで 業務期間 3 年 6 月 8 日 (産休・育休・病休を取得した場合は、備考欄にその期間を記入のこと。)		
⑨業務従事日数	851	⑧の業務期間中、実際に当該業務に従事した日数 (休日、休暇、病欠等を除いた日数)	
⑩備考			

※証明者が同じ場合で、複数の実務経験期間がある

資格取得日からの業務期間となります。  
看護師資格取得日: 令和3年4月9日

①区分コード	0006	試験案内P8の区分コードの中から該当するものを選択してください。 ・法定資格に基づく業務の場合は0001から0020となります。 ・相談援助業務の場合は1101から1109となります。	
②事業所の種別	病院	③事業所番号	
④事業所名称	山百合病院	⑤事業(施設等)の開始年月日	(S) H・R 60 年 4 月 1 日
⑥職種名	看護師	⑦業務内容	看護業務
⑧業務期間	(H) R 3 年 4 月 9 日 から (H) R 5 年 6 月 21 日 まで 業務期間 2 年 2 月 13 日 (産休・育休・病休を取得した場合は、備考欄にその期間を記入のこと。)		
⑨業務従事日数	504	⑧の業務期間中、実際に当該業務に従事した日数 (休日、休暇、病欠等を除いた日数)	
⑩備考			

「②業務内容」「③業務期間」「④業務従事日数」を、職種ごとに記入してください。

①区分コード	試験案内P8の区分コードの中から該当するものを選択してください。 ・法定資格に基づく業務の場合は0001から0020となります。 ・相談援助業務の場合は1101から1109となります。		
②事業所の種別		③事業所番号	
④事業所名称		⑤事業(施設等)の開始年月日	S・H・R 年 月 日
⑥職種名		⑦業務内容	
⑧業務期間	H・R 年 月 日 から H・R 年 月 日 まで 業務期間 年 月 日 (産休・育休・病休を取得した場合は、備考欄にその期間を記入のこと。)		
⑨業務従事日数		⑧の業務期間中、実際に当該業務に従事した日数 (休日、休暇、病欠等を除いた日数)	
⑩備考			

- 記載にあたっては、「(様式3)実務経験(見込)証明書」の作成について(試験案内P46)を確認し、必要事項を漏れなく記入してください。
- 証明者が異なる場合は、別の用紙に記入してください。
- 証明者は、事業所又は施設を開設する法人としてください。
- 受験申込者が自署した証明書は無効とします(証明者と被証明者が同一の場合を除く)。
- 「業務期間」は、受験申込者が要援護者に対する対人の直接的な援助等を行っていた期間を記入してください。
- 2ヶ所以上の実務経験証明書が必要な場合は、この様式をコピーして使用してください。