（様式3）　　〈A4・片面印刷してください。〉

実務経験証明書

（公財）いきいき岩手支援財団理事長　様

証明者の所在地

施設・事業所の名称　　印

代表者　職・氏名

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　6　年　　月　　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17日）より前の証明年月日は無効となります。	
証明区分	※該当する方を○で囲んでください。 **確定　・　見込**	※「見込」で提出した受験者は、要件を満たした時点で確定した実務経験証明書を改めて提出してください。	
受験者氏名		生年月日	S　・　H　　年　　月　　日

事業所等の連絡先		（電話番号）	（担当者名）	
1	①事業所名称			
	②事業所の種別		③介護保険・障害福祉サービス事業所番号	
	④区分コード		⑤法定資格等の登録年月日	S・H・R　　年　　月　　日
	⑥職種名		⑦業務内容	
	⑧業務期間（在籍期間）	※業務期間の開始年月日は法定資格等の登録年月日及び事業所の開設年月日以降としてください。 H・R　　年　　月　　日　から　H・R　　年　　月　　日　まで 業務期間　　年　　ヶ月　　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（実働日数）	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	※事業所の廃止等がある場合はその旨を記入してください。		

※証明者が同じ場合で、複数の実務経験期間がある場合は以下に記載してください。

2	①事業所名称			
	②事業所の種別		③介護保険・障害福祉サービス事業所番号	
	④区分コード		⑤法定資格等の登録年月日	S・H・R　　年　　月　　日
	⑥職種名		⑦業務内容	
	⑧業務期間（在籍期間）	※業務期間の開始年月日は法定資格等の登録年月日及び事業所の開設年月日以降としてください。 H・R　　年　　月　　日　から　H・R　　年　　月　　日　まで 業務期間　　年　　ヶ月　　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（実働日数）	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	※事業所の廃止等がある場合はその旨を記入してください。		
3	①事業所名称			
	②事業所の種別		③介護保険・障害福祉サービス事業所番号	
	④区分コード		⑤法定資格等の登録年月日	S・H・R　　年　　月　　日
	⑥職種名		⑦業務内容	
	⑧業務期間（在籍期間）	※業務期間の開始年月日は法定資格等の登録年月日及び事業所の開設年月日以降としてください。 H・R　　年　　月　　日　から　H・R　　年　　月　　日　まで 業務期間　　年　　ヶ月　　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（実働日数）	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	※事業所の廃止等がある場合はその旨を記入してください。		

1　記載にあたってはP45「（様式3）実務経験証明書　記載要領」を確認し、必要事項を漏れなく記入してください。
2　証明者が異なる場合は、別の用紙に記入してください。
3　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。
4　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）。
5　「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。
6　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。