

(直筆で証明の場合は) ボールペンで記入してください

証明書の発行を依頼する際は、**P34～35(記入上の注意事項)もコピー**をして交付担当者に渡してください

(様式 3-1)

第 28 回 (令和 7 年度) 北海道介護支援専門員実務研修受講試験

実務経験証明書

北海道介護支援専門員協会 会長 様

法人・施設・事業所等
所在地及び名称
代表者職名・氏名

印

※証明印の無いものは無効

交付担当者氏名
連絡先電話番号

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 7 年 月 日	※本証明書を記載している日にちを必ず記入してください。 受付開始日 (5 月 19 日) より前の証明年月日は無効	
在勤時の氏名	生年月日※該当する年号に○ 昭和・平成 年 月 日生		
施設または事業所名			
事業所番号	※事業所番号は、北海道または市町村から指定を受けた事業所番号 を記入してください。不明な場合等は未記入でも構いません。		
施設または事業の 開始年月日 ※該当する年号に○	昭和・平成・令和 年 月 日		
施設または事業所の 種 別			
直接対人援助業務 従事期間 ※該当する年号に○	昭和・平成・令和 年 月 日～昭和・平成・令和 年 月 日 (日間) ※ 1 ※法定資格に基づく受験要件の場合、免許の登録日からの従事期間になります		
上記従事期間における 従事日数	日 ※法定資格に基づく受験要件の場合、免許の登録日より算定した日数です	・従事期間中、実際に当該業務に従事した日数を記入してください (休日・病気・産休等で業務に従事しなかった日を除いた日数) ・○日以上という記入の仕方も可能です	
従事期間における 職 種 名 業務内容	として の業務に従事 ※職種名 (施設運営基準等に基づく職種) と業務内容を具体的に記入してください。		
受験資格 ※該当する数字に○	1 法定資格に基づく業務 (受験要件第 1 号) 【法定資格名】 【登録年月日】 昭和・平成・令和 年 月 日 2 相談援助業務 (受験要件第 2 号)	資格コード※ 2	・法定資格に基づく業務については、資格登録年月日を、受験者本人に確認の上、記入してください。

証明書の交付担当者 様へ 「実務経験証明書 (見込み含む)」記入上の注意事項を必ずお読みの上、記入してください

①証明書として無効な場合

- ① 受験申込者が自書したもの (個人開業者は除く)、証明者の公印 (職印・登記印) が無いもの、施設または事業所名・従事期間・従事日数・職種・業務内容が不明なもの、訂正印が無いもの、修正液の使用による修正等があるもの
- ② 内容は雇用関係書類 (契約書、シフト表、職員配置図等) や介護記録に基づき、正確に記入してください。
- ③ 交付担当者に記入内容の照会・確認を行うことがあります。また、必要に応じて書類の追加・再提出をしていただく場合もあります。
- ④ 証明書に虚偽または不正の事実を記入する等、不正の手段によって受験した場合は、介護保険法の規定により合格を取消します。
- ⑤ 受験要件第 1 号の法定資格の業務内容は、法定資格に基づく、要援護者に対する直接的な対人援助業務であることが必要です。
- ⑥ 実務経験証明書は当協会ホームページ (<https://www.do-kaigoshien.jp/>) からダウンロードできます。
- ⑦ 介護保険法 (平成 9 年法律第 123 号) 第 69 条の 39 第 1 項第 2 号により不正の手段により登録を受けた場合は、介護支援専門員の登録を削除する旨の規定が定められているので留意してください。

※ 1 従事期間計算表をご利用ください (<https://www.do-kaigoshien.jp/examination.html>)

※ 2 受験資格コードは同要項 P35 または当協会ホームページ (<https://www.do-kaigoshien.jp/>) を参照ください。

(指定試験実施機関) 一般社団法人 北海道介護支援専門員協会