

## 実務経験証明書

証明日

令和 年 月 日

一般社団法人 宮城県知的障害者福祉協会 会長 殿

〒 -

所在地 \_\_\_\_\_

法人等団体名 \_\_\_\_\_

代表者職氏名  
(法人又は施設・事業所等) \_\_\_\_\_

印

担当者氏名 \_\_\_\_\_

連絡先電話番号 \_\_\_\_\_

以下の者の実務経験は、記載のとおりであることを証明します。

ふりがな	生年月日					
氏名	昭和	年	月	日		
勤務している (していた) 施設又は事業所	名称					
	所在地	〒	-			
	実務経験一覧表における業務の区分等 ※実務経験一覧表を参照					
	別表の種類	業務の区分※該当するものに○	記号	事業・施設等の種類		
【別表1】	相談支援の業務【第1号】		( )			
	直接支援の業務【第2号、3号】					
	国家資格に係る業務【第4号】					
業務内容	職名	具体的業務内容				
業務従事期間	昭和	年 月 日 ~	昭和	年 月 日		
	平成		平成			
	令和		令和			
【上記の業務従事期間内に療養休暇、育児休暇、休職等の業務に従事していない期間がある場合、その期間と理由を下欄に記載してください。】例:令和元年1月1日～令和元年3月31日 療養休暇						
従事年数	年 か月	※業務に従事していない期間を除き、業務に従事した年数・月数を記入してください。	従事日数	日	※休日、有給休暇等を除き、実際に業務に従事した日数を記載してください。	

※別紙「実務経験証明書の作成に関する注意事項」を参照の上、不備がないよう証明書を作成してください。

※事業所(種別)・期間ごとに作成してください。同法人内の事業所であっても、複数の事業所分をまとめて証明した場合は無効となります。

※事業所印(法人印)による訂正印がなく訂正された場合、本証明書は無効となります。

※受講希望者が作成した場合、本証明書は無効となります。(受講者が代表者の場合は除く。)

※理由の如何にかかわらず、本様式以外の証明書は無効となります。

**【重要】**証明書の発行を依頼する際は必ず、本様式と一緒に、別紙「実務経験証明書の作成に関する注意事項」、「記載例」、別表1「実務経験一覧表」、も証明発行担当者に渡してください。

## 記入例1

## 実務経験証明書

証明白 令和 7 年 ● 月 ● 日

一般社団法人 宮城県知的障害者福祉協会 会長 殿

〒 987 - 6543

所 在 地 仙台市○○区××1-2-3

法 人 等 団 体 名 社会福祉法人口口会

印 印

代表 者 氏 名 代表 田中 太郎

担 当 者 氏 名 田中 次郎

連絡先 電話番号 022-123-4567

以下の者の実務経験は、記載のとおりであることを証明します。

ふりがな	しゅうろう たろう			生年月日				
氏名	就労 太郎			<input checked="" type="checkbox"/>	昭和	1 年 2 月 3 日		
	名称	特別養護老人ホーム■■■園						
勤務している (していた) 施設又は事業所	所在地	〒 987 - 6543 仙台市○○区××1-2-3						
	実務経験一覧表における業務の区分等 ※実務経験一覧表を参照							
	別表の種類 【別表1】	業務の区分※該当するものに○		記号	事業・施設等の種類			
		相談支援の業務【第1号】		ア	老人福祉施設 ( 特別養護老人ホーム )			
直接支援の業務【第2号、3号】		資格名を記入 ⇒			国家資格名			
業務内容	職名	生活支援員	具体的業務内容	利用者への入浴、排せつ、食事の介助や、その他日常生活における必要な支援				
業務従事期間	昭和	31 年 4 月 1 日 ~			昭和	4 年 10 月 10 日		
	平成				平成			
	令和				令和			
【上記の業務従事期間内に療養休暇、育児休暇、休職等の業務に従事していない期間がある場合、その期間と理由を下欄に記載してください。】例:令和元年1月1日~令和元年3月31日 療養休暇								
従事年数	3 年 7 か月	※業務に従事していない期間を除き、業務に従事した年数・月数を記入してください。		従事日数	645 日	※休日、有給休暇等を除き、実際に業務に従事した日数を記載してください。		

※別紙「実務経験証明書の作成に関する注意事項」を参照の上、不備がないよう証明書を作成してください。

※事業所(種別)・期間ごとに作成してください。同法人内の事業所であっても、複数の事業所分をまとめて証明した場合は無効となります。

※事業所印(法人印)による訂正印がなく訂正された場合、本証明書は無効となります。

※受講希望者が作成した場合、本証明書は無効となります。(受講者が代表者の場合は除く。)

※理由の如何にかかわらず、本様式以外の証明書は無効となります。

【重要】証明書の発行を依頼する際は必ず、本様式と一緒に、別紙「実務経験証明書の作成に関する注意事項」、「記載例」、別表1「実務経験一覧表」、も証明発行担当者に渡してください。

## 記入例2

## 実務経験証明書

証明白 令和 7 年 ● 月 ● 日

一般社団法人 宮城県知的障害者福祉協会 会長 殿

〒 987 - 6543

所 在 地 仙台市○○区××1-2-3

法 人 等 団 体 名 医療法人□□会

代 表 者 職 氏 名  
(法人又は施設・事業所等) 代表 田中 太郎

印 印

担 当 者 氏 名 田中 次郎

連絡先 電話番号 022-123-4567

以下の者の実務経験は、記載のとおりであることを証明します。

ふりがな	せんもん はなこ			生年月日				
氏名	専門 花子			<input type="checkbox"/>	昭和	1 年 2 月 3 日		
勤務している (していた) 施設又は事業所	名称	■■■病院						
	所在地	〒 987 - 6543 仙台市○○区××1-2-3						
	実務経験一覧表における業務の区分等 ※実務経験一覧表を参照							
	別表の種類	業務の区分※該当するものに○	記号	事業・施設等の種類				
【別表1】	相談支援の業務【第1号】		病院					
	直接支援の業務【第2号、3号】		( )					
	○ 国家資格に係る業務【第4号】	資格名を記入 ⇒	国家資格名	准看護士				
業務内容	職名	准看護士	具体的 業務内容	利用者に対する療養上必要な世話や診療補助				
業務従事期間	昭和	29 年 4 月 1 日 ~			昭和	3 年 3 月 31 日		
	○ 平成				平成			
	令和				○ 令和			
【上記の業務従事期間内に療養休暇、育児休暇、休職等の業務に従事していない期間がある場合、その期間と理由を下欄に記載してください。】例:令和元年1月1日~令和元年3月31日 療養休暇								
令和元年10月1日~令和2年9月31日 育児休暇								
従事年数	3 年 か月	※業務に従事していない期間を除き、業務に従事した年数・月数を記入してください。	従事日数	720 日	※休日、有給休暇等を除き、実際に業務に従事した日数を記載してください。			

※別紙「実務経験証明書の作成に関する注意事項」を参照の上、不備がないよう証明書を作成してください。

※事業所(種別)・期間ごとに作成してください。同法人内の事業所であっても、複数の事業所分をまとめて証明した場合は無効となります。

※事業所印(法人印)による訂正印がなく訂正された場合、本証明書は無効となります。

※受講希望者が作成した場合、本証明書は無効となります。(受講者が代表者の場合は除く。)

※理由の如何にかかわらず、本様式以外の証明書は無効となります。

【重要】証明書の発行を依頼する際は必ず、本様式と一緒に、別紙「実務経験証明書の作成に関する注意事項」、「記載例」、別表1「実務経験一覧表」、も証明発行担当者に渡してください。